



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Marilyn Cristina Martins Dias

A Perda Gestacional e o Processo de Luto
Quando o início é o fim da vida ...

Setembro de 2012

Marilin Cristina Martins Dias

A Perda Gestacional e o Processo de Luto
Quando o início é o fim da vida ...

Relatório Final

I Curso de Mestrado em ESMOG

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



"Nunca vi as feições que gerei,

As mãos que senti tacteando

À procura da vida que tentei dar e não pude.

Mas até agora às vezes sonho ouvi-lo chorando

Perdido algures e com fome,

Encerrado num armário ou atirado na neve,

E procuro na noite e chamo, como para recuperar

Parte de mim própria do túmulo das coisas não feitas."

Barbara Noel Scott,

citada por

RAPHAEL-LEFF (1997)

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, pela ajuda incondicional.

Ao meu filho Miguel, que a crescer dentro do meu ventre, me ajudou a compreender as vivências de todas estas mulheres que solitariamente perderam os seus filhos.

Às mulheres, que apesar da dor se disponibilizaram inteiramente a participar no estudo.

À Sra. Professora Emília Coutinho pela paciência, persistência e disponibilidade demonstrada.

A todas as pessoas que de uma forma ou de outra tornaram possível este trabalho.

RESUMO

O fenómeno da perda gestacional constitui um acontecimento doloroso e terrível para quem o vivencia, gerador de um grande sofrimento, de fortes emoções e de acentuadas dificuldades adaptativas. É na procura da compreensão deste fenómeno que se enquadra a presente investigação, tendo sido definidos como principais objetivos do estudo: compreender o significado atribuído pela mulher à vivência da perda gestacional; compreender as reações da mulher à perda gestacional; identificar as experiências subjetivas da mulher que vivencia uma perda gestacional face aos cuidados de enfermagem; e compreender o significado atribuído pela mulher que vivencia uma perda gestacional ao desempenho dos enfermeiros.

Por se tratar de um estudo de natureza qualitativa, de abordagem fenomenológica, assente nos pressupostos de Max Van-Manen, foram consideradas as experiências vividas por 14 mulheres que experienciaram o fenómeno da perda gestacional e o processo de luto há mais de 2 meses.

A recolha de dados decorreu entre Agosto de 2011 e Maio de 2012, através da realização de entrevistas semi-estruturadas.

Pode-se concluir que, independentemente da idade gestacional aquando da perda, esta é sempre geradora de sentimentos muito dolorosos e penalizadores; que todas as mulheres valorizaram o papel dos enfermeiros, percebendo contudo que as atitudes tomadas por estes nem sempre foram de encontro às suas necessidades; e que este tipo de experiência tem repercussões profundas para a vida da mulher/casal, influenciando até a vivência de gravidezes futuras.

Só a compreensão do fenómeno da perda gestacional e do processo de luto assente na perceção e significação atribuída pelas mulheres, dotará os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros de conhecimentos que lhes permitirão adotar atitudes e comportamentos adequados e culturalmente congruentes tendo em conta a especificidade e individualidade de cada mulher/casal/família

Palavras-chave: Perda Gestacional, Mulher, Processo de Luto, Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

The phenomenon of pregnancy loss is a painful and terrible happening for the person who goes through it. It generates great suffering, strong emotions and very difficult adaptation. The purpose of this investigation is to understand this phenomenon, bearing in mind the following main study goals: to understand the meaning given by the woman to the experience of pregnancy loss; to understand the reactions of a woman who experiences pregnancy loss to the medical care; and to understand the meaning given by the woman who experiences pregnancy loss to the nurse's care.

Since the nature of this study is a qualitative one, of phenomenological approach, based on Max Van-Manen's conjectures, the experiences of 14 women who experienced the phenomenon of pregnancy loss and the grief process, more than two months ago, were considered.

The data collection took place between August 2011 and May 2012 via semi-structured interviews.

One can conclude that: when the loss of the fetus occurs, no matter the gestational age, it always generates very painful and penalizing feelings; every women appreciated the nurses' role, observing, however, that the latter's attitudes not always were directed towards the women's needs; and that this type of experience has deep impact on the life of the woman/couple, influencing even future pregnancies.

Only the comprehension of the phenomenon of pregnancy loss and the grief process, based on the perception and significance given by women, will provide the health professionals, especially nurses, the adequate and culturally congruent behavior and attitude, given the specification and individuality of each woman/couple/family.

Keywords: Pregnancy loss, Woman, Grief process, Nursery Care

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
INTRODUÇÃO	15
I PARTE	
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1. GRAVIDEZ E MATERNIDADE	21
2. A PERDA E O PROCESSO DE LUTO DA FAMÍLIA	27
2.1. PROCESSO DE LUTO	30
2.2. FASES DO LUTO	36
2.3. TIPOS DE LUTO	38
3. CUIDAR DA MULHER/ CASAL/ FAMÍLIA EM LUTO	41
3.1. GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	43
3.2. CUIDAR E COMUNICAR – CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS	45
II PARTE	
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
1. DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO	51
1.1 – DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO	51
1.2 - TIPO DE ESTUDO	52
1.3 – SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES	53
1.4 – COLHEITA DOS DADOS	54

1.5 – ANÁLISE DOS DADOS	55
1.6 – QUESTÕES ÉTICAS E DE RIGOR CIENTÍFICO DO ESTUDO	55
2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	57
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	57
2.2- RESULTADOS E DISCUSSÃO	59
3. PRINCIPAIS CONCLUSÕES E SUGESTÕES	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	93
ANEXO I – Consentimento Informado	95
ANEXO II – Guião das Entrevistas	99
ANEXO III – Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados	105
ANEXO IV- Categorias, Subcategorias e Unidades de Registo	111

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cit. – Citado

E – entrevista

IPV – Instituto Politécnico de Viseu

Nro.- número

p. - página

UCIRN- Unidade de cuidados intensivos ao recém-nascido

INTRODUÇÃO

A gravidez e a maternidade são processos complexos, com durações temporais diferentes, com profundas implicações na vida dos casais. Canavarro (2006, p.19) refere que a “maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez, é um projeto a longo prazo, ... um projeto para toda a vida”.

A gravidez representa para os pais, uma das experiências mais profundas da sua vida. Nada permanece igual a partir do momento que descobrem a “sua gravidez”. Desde o primeiro momento, os pais começam a imaginar o seu bebé, como estará a crescer, planeiam o seu nascimento, dormem e já sonham com ele. Esse bebé passou a ser, desde o dia em que souberam da sua existência, uma extensão deles próprios. Afinal deixaram de estar sozinhos.

Apesar de a maternidade fazer parte do ciclo de vida da mulher/casal, temos assistido nos últimos anos a uma redução considerável no número de filhos, implementando-se na nossa sociedade o conceito de filho único, levando Leal (2005, p.10) a considerar que “a gravidez já não é um tema inscrito com naturalidade no ciclo da vida, antes constrói-se como um período superinvestido de espera e reflexão”. Por este motivo, os pais assumem a gravidez de forma cada vez mais pensada e planeada, carregada de expectativas e simbolismos, logo, qualquer incidente que provoque o anormal evoluir da situação vai provocar enorme angústia e sofrimento.

Em cada cem gravidezes, ocorrem 10 abortos; um a dois por cento das gravidezes tardias termina em morte perinatal; 22 por cento das situações de fecundação acabam por não ter continuidade (Cabral, 2005).

A despenalização da interrupção médica da gravidez (decreto lei nº 16/2007, de 17 de Abril, artigo 142º), veio possibilitar a interrupção da gravidez nas primeiras 10 semanas de gestação por opção da mulher; nas primeiras 24 semanas nos casos em que se preveja, com segurança, que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de uma doença grave ou malformação congénita; ou mesmo em todo o tempo da gestação nas situações de fetos inviáveis.

Por motivos vários, muitas mulheres acabam por deixar a maternidade, socialmente conotada de vida e de alegria, sem trazer um filho nos braços, nem no ventre, criando na mulher/casal um grande sofrimento emocional e dificuldades adaptativas, implicando

mudanças e reajustamentos a nível psicológico, individual e familiar. Por esse motivo, e segundo Cabral (2005) lidar com as perdas no período perinatal constitui um processo doloroso para os vários intervenientes – mães, pais, familiares, médicos e enfermeiros.

O presente estudo foi realizado no decurso da frequência do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna Obstetrícia e Ginecologia, pela Escola Superior de Saúde de Viseu, estando a escolha desta temática relacionada com a vivência profissional da investigadora, como enfermeira na Maternidade, justificando a sua pertinência pelo facto de considerar que, só através da compreensão do fenómeno da perda gestacional e do processo de luto, assente na perceção e significação atribuída pelas mulheres, se dotará os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros de conhecimentos que lhes permitirão adotar atitudes e comportamentos adequados e culturalmente congruentes, tendo em conta a especificidade e individualidade de cada mulher/casal/família.

As questões de investigação que serviram de ponto de partida à realização desta investigação foram:

- Como é que as mulheres vivenciam a perda gestacional?
- Qual o significado atribuído pela mulher que vivencia uma perda gestacional, ao desempenho dos enfermeiros?

Neste seguimento, foram definidos como objetivos a atingir com a presente investigação: compreender o significado atribuído pela mulher à vivência da perda gestacional; compreender as reações da mulher à perda gestacional; identificar as experiências subjetivas da mulher que vivencia uma perda gestacional face aos cuidados de enfermagem; e compreender o significado atribuído pela mulher que vivencia uma perda gestacional ao desempenho dos enfermeiros.

Desta forma optou-se por um estudo de investigação qualitativa, de orientação fenomenológica, no sentido de melhor compreender o fenómeno da perda gestacional.

O presente estudo encontra-se estruturado e apresentado em 2 partes essenciais. Na primeira parte é efetuado o enquadramento teórico do estudo, indispensável para a obtenção do conhecimento e compreensão do tema, desenvolvendo aspetos relacionados com a gravidez e a maternidade, a perda e o processo de luto na família, as necessidades da mulher/casal e família em luto e a atuação dos enfermeiros. Na segunda parte são apresentados os aspetos relativos à investigação, procedendo-se à explicação da opção metodológica do estudo; apresentação dos resultados e consequente análise à luz dos

conhecimentos atuais; terminando com as principais conclusões e reflexões, sugerindo alterações para prática dos enfermeiros.

PARTE I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1- GRAVIDEZ E MATERNIDADE

Não imagino alguém, algures, sem que viva comandado pelo seu sonho, por esse fogo que queima o peito, que nos impele com violência contra a vida e nos submete a escolhas. A Maternidade é essa fantasia. Esconde-se no coração infantil de uma menina e espera, pacientemente, que ela se transfigure em mulher para reclamar a sua existência. Hoje sei que poucos sonhos se igualam, em poder e em domínio, ao sonho de querer ser Mãe.

(Pontes, 2008, p.12)

O conceito de gravidez pode ser definido como “um processo que corresponde a um período, que medeia a concepção e o parto, de cerca de 40 semanas, portanto bem definido temporalmente” (Canavarro, 2006, p.19). No entanto, a gravidez e a maternidade são fenómenos bem mais complexos na vida da mulher e da família, que em muito ultrapassam esta visão simplista da durabilidade da gestação. Estes correspondem, na verdade, a um tempo de crescimento, construção e desenvolvimento que levam a que Canavarro (2006, p. 19) saliente que “a gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto”. De facto, à gravidez associam-se muitas vezes sonhos, expectativas, ilusões, fantasias. Para Bayle (2006, p.92) a gravidez “é como que a concretização de um sonho”. Kitzinger (1978) fala também desta vivência positiva da gravidez referindo que uma mãe é a “mulher que tem a felicidade dentro dela” (p.81). Acrescenta que tal “como o ritmo das estações, como a Primavera e o tempo das colheitas, faz parte do desenrolar do ano, também a gravidez faz parte do ritmo da vida da mulher” (p.81). São várias as sociedades que relacionam a fertilidade da mulher com a fertilidade das colheitas. Por exemplo, os camponeses bávaros e austríacos ofereciam o primeiro fruto de uma árvore a uma mulher grávida para que a mesma árvore desse frutos em abundância; os baganda (povo do Uganda), acreditam que uma mulher infértil pode infetar o jardim do seu marido, podendo dar origem a um divórcio; e na Boémia, acredita-se que as mulheres que atam o último molho terão um filho no ano seguinte (Bryan & Higginns, 2002). Esta questão supersticiosa e mística da fertilidade sempre existiu nas várias sociedades. Não há quem não acredite na influência dos alimentos, rituais ou outras práticas, na fertilidade e gestação de uma mulher. Na realidade grande “parte do que consideramos natural, na maternidade, de modo nenhum é natural, mas fruto de uma cultura” (Kitzinger, 1996, p.21).

Nenhuma mulher se assume apenas como mulher ou mãe, ela é parte integrante de uma cultura, etnia, classe, categoria profissional... Uma mulher pode, por exemplo, ser de raça branca ou negra, estar empregada ou desempregada, ser rica ou pobre, casada ou solteira, querer ter um ou mais filhos, sendo a sua experiência de vida, em grande parte moldada por estas pertencas (Monteiro, 2005). Desta forma, o significado da maternidade derruba qualquer visão simplista de fertilidade. O significado de estar grávida para cada mulher é influenciado por múltiplos fatores, que conjugados, tornam o fenómeno da maternidade único e irrepetível.

São várias as razões que motivam o ser humano a ter filhos, razões essas nem sempre conscientes (Bryan & Higginns, 2002). Para Bryan e Higgins (2002), pode-se querer ter filhos, para desejar a felicidade de uma união ou pelo contrário para procurar satisfazer necessidades que o próprio casamento não conseguiu proporcionar; pode-se tê-los somente para agradar ao(à) companheiro(a), ou até mesmo para o(a) impedir de terminar a relação; pode-se querer ter filhos para lhes poder dar o amor que nunca recebeu na infância, ou pelo contrário, por sentir gratidão por todo o amor que recebeu; pode-se querer filhos para agradar aos pais, aos avós ou à restante família, ou ainda para dar continuidade à linha de sangue da família; pode-se até nem desejar ter filhos, mas acreditar-se que o casamento/família/sociedade os exige de alguma forma; pode-se, obviamente, querer ter uma família, especialmente porque o código religioso ou a comunidade étnica ou cultural assim o exigem, ou até por pensar-se que é o que desejam a nação e a natureza; pode-se, muito simplesmente, ansiar por crianças ou desesperar por não ter nenhuma; pode-se desejar ter filhos para além de toda e qualquer razão, ou não ter nenhuma razão para os ter. Mas, terá alguém realmente necessidade de uma racionalização de modo a preencher aquilo que, na maioria dos casos, é fundamental e instintivamente um aspeto da vida? (Bryan & Higginns, 2002).

Canavarro (2006) fala das representações da gravidez e da maternidade para a mulher, sendo estas múltiplas e dinâmicas e estando sujeitas a reformulações constantes. Estas representações estão ligadas essencialmente há relação que a mulher estabelece com o seu corpo mas também com o seu meio relacional mais significativo (companheiro e família) (Canavarro, 2006). Canavarro (2006) salienta que a gravidez configura essencialmente um teste de fertilidade ao seu corpo, constituindo a prova de que o seu corpo funciona normalmente; mas também a confirmação e materialização da sua relação conjugal, podendo significar a concretização e testemunho de um grande amor ou, ao invés, a procura de um entendimento numa relação conflituosa. Em termos familiares a gravidez/maternidade configura principalmente a continuidade da linhagem da família e da

transmissão das suas heranças (costumes, valores, bens materiais, apelidos de família), adquirindo assim um significado de “unificação familiar e geracional” (Canavarro, 2006, p.33).

Na representação da gravidez confluem fatores determinantes, também estudados por Canavarro (2006), sendo estes fatores históricos ou socioculturais (realçando o papel do desenvolvimento da ciência e facilitação do acesso aos métodos anticoncepcionais, na separação entre sexualidade e reprodução), genéticos (incluindo aqui a questão do “instinto maternal”, como motivação feminina fundamental), fatores associados à história pessoal (qualidade das relações afetivas, suporte emocional recebido) e fatores cognitivos. Canavarro (2006) acrescenta dizendo que para cada mulher, as representações da gravidez, são múltiplas, dinâmicas, estando constantemente a ser reformuladas em função da experiência e fase da vida. Esta multiplicidade de fatores leva muitas vezes, à coexistência de representações contraditórias que a mulher tem de reintegrar para que a experiência possa ser adaptativa.

Segundo Mendes (2002) a gravidez, do ponto de vista físico e psicossocial, representa essencialmente um desafio à adaptação da mulher enquanto pessoa, constituindo uma fase determinante na identidade sexual da mulher, mas também um período de profunda transformação, muito importante para o seu crescimento e maturação. Estas adaptações, sob o ponto de vista físico e psicológico, foram estudadas por Mendes (2002) e Canavarro (2006), tendo sido designadas por Canavarro como tarefas desenvolvimentais da maternidade. Como tarefas desenvolvimentais Canavarro (2006) salienta: a tarefa de aceitar a gravidez, aceitar a realidade do feto, reavaliar e reestruturar a relação com os pais, reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro, aceitar o bebé como pessoa separada, reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (para integrar a identidade materna) e reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s).

- **Aceitar a gravidez** – A tarefa de aceitar a gravidez, constitui a primeira tarefa que a mulher terá de cumprir, independentemente de a gravidez ter sido ou não planeada. Este reconhecimento pode levar a mulher a experimentar sentimentos ambivalentes, em relação à viabilidade da própria gravidez, pois se por um lado deseja que corra bem, por outro tem receio de alguma intercorrência; em relação à aceitação do feto; e em relação às mudanças que a própria gravidez implica. Normalmente esta ambivalência é ultrapassada com a confirmação da sua gravidez, conseguida através da confirmação médica e aceitação do seu estado por parte dos familiares mais próximos. Só com a aceitação da gravidez se inicia o processo de identificação materna (Canavarro, 2006).

Mendes (2002) reforça que esta ambivalência pode levar a que a mulher experimente emoções contraditórias, de alegria, apreensão, ansiedade, mas também sintomas físicos como a hipersónia, fadiga, náuseas ou vômitos.

- **Aceitar a realidade do feto** – Uma vez aceite a gravidez, a mulher começa a fantasiar com o seu bebé (aspeto físico, temperamento, o nome que lhe quer dar). O bebé torna-se, desta forma, mais real para a mãe, facto que adquire mais veracidade com a perceção dos movimentos do bebé dentro do seu útero e com a realização dos exames ecográficos. Esta fase marca a aceitação do seu bebé como entidade separada, constituindo uma importante tarefa na ligação materno-fetal. É também comum, nesta fase, uma particular preocupação com as transformações do seu corpo (Canavarro, 2006).

Segundo Mendes (2002) é frequente nesta etapa, uma preocupação com a mudança dos hábitos alimentares e outros hábitos de vida, no sentido de se preparar a si e à sua família para a chegada do novo membro.

- **Reavaliar e reestruturar a relação com os pais** – após a aceitação da gravidez e da realidade do próprio feto torna-se importante reavaliar a relação passada com os próprios pais. Funcionando a mãe como principal modelo materno, torna-se importantíssimo este processo de reavaliação do relacionamento estabelecido com ela, na infância e adolescência. Para que a mulher se sinta confortável com a sua nova identidade é necessário que consiga integrar as experiências passadas, aceitando o bom desempenho dos pais, mas também as suas falhas e fracassos, procurando um equilíbrio. Quando esta tarefa não é realizada, a gravidez pode agravar os conflitos que ocorreram no passado e influenciar a construção da sua própria identidade e papel materno (Canavarro, 2006).

- **Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro**- Com o evoluir da gravidez o casal prepara-se para aceitar um novo elemento na sua relação. O companheiro passa de apenas parceiro romântico a parceiro e pai, recaindo sobre ele, a partilha de grandes responsabilidades. Para que este processo seja bem integrado é importante reestruturar os papéis/funções anteriormente assumidos com o papel/função que se inicia, constituindo um verdadeiro desafio. Para tal torna-se importante a partilha das tarefas domésticas, a tomada de decisões sobre as aspetos importantes da vida (profissionais, financeiros, ...), e permitir um suporte emocional adequado (Canavarro, 2006).

- **Aceitar o bebé como pessoa separada** – No último período da gravidez é comum um aumento da ansiedade devido à proximidade do parto, sendo marcada pela coexistência de sentimentos contraditórios. Se por um lado aumenta a ansiedade de ver o filho e pôr término ao período gravídico, também coexistem os receios sobre o parto e as novas

exigências que um filho acarreta. Este é um período de preparação para a separação do seu bebê, que se concretiza com o parto, constituindo como desafio desenvolvimental, a capacidade de interpretar e corresponder às necessidades e comportamentos do seu bebê (Canavarro, 2006).

Segundo Mendes (2002) são tarefas importantes para o próprio processo de individualização do bebê, a preparação do enxoval, a organização da casa, a decisão sobre o nome a dar ao bebê, os planos para cuidar do filho. Este processo vai ajudar a grávida a personificar o feto, para que ele não seja visto como um estranho na altura do nascimento.

- **Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (para integrar a identidade materna)** – Esta fase é marcada pela reavaliação de todo o processo percorrido, das perdas e ganhos trazidos pela maternidade, integrando e aceitando as mudanças. As experiências que este processo acarreta são infinitas, sendo importante, para uma vivência saudável da maternidade, uma reintegração das tarefas passadas com as presentes (Canavarro, 2006).

- **Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)**- Quando a mulher já tem mais filhos, vivencia um conjunto de sentimentos diferentes. Se uma primípara se preocupa mais com a sua relação com o bebê, as múltiplas preocupam-se essencialmente com o receio de abortar, a possibilidade de um parto prematuro, a realização de amniocentese, e com o acentuar das restrições e sintomas físicos. A tarefa de assumir a identidade de mais um filho é extremamente exigente, sendo importante que a mulher assuma esse novo filho como pessoa separada e diferente dos outros filhos que já possui (Canavarro, 2006).

Embora os autores não sejam unânimes e esclarecedores relativamente ao conceito de “adaptação à maternidade”, esta acaba por traduzir a capacidade da mulher em superar as tarefas desenvolvimentais de forma saudável, revelando-se na capacidade de educar e cuidar de uma criança de forma harmoniosa e de se reencontrar (Canavarro, 2006). Segundo Matlary (2002), só as mães compreendem a importância da maternidade, “graças à experiência da gravidez, do parto, da amamentação e de todo o trabalho necessário para criar os filhos” (p.73). Para a autora o momento do nascimento representa o momento em que a mulher “se sente mais próxima do acto da criação”, significando também “a experiência existencial mais profunda da sua vida” (Matlary, 2002, p.116).

O nascimento de um bebê dá, tanto ao homem como à mulher, a oportunidade de conhecerem novos aspetos da sua personalidade, de tomarem responsabilidades e de participarem no crescimento da família. Ter filhos pode ser uma formação, mas também o desejo sublimado de não morrer (Kitzinger,1978). Referindo-se a este desejo de

continuidade, Bryan e Higginns (2002) afirmam que ter um filho é, à priori, não morrer, configurando uma das grandes motivações subjacente ao desejo de paternidade ... a motivação individual da luta contra a morte.

O período gestacional marca, desta forma, o início de uma nova e importante fase para a mulher/família, constituindo uma “vivência de mudança e renovação, enriquecimento e desafio” (Mendes, 2002, p.33). Se anteriormente se acreditava que a ligação afetiva entre a mãe e o bebê se iniciava no nascimento, hoje é consensual que esta forte ligação se inicia bem precocemente na gravidez, falando-se em “vinculação pré-natal”. (Rolim & Canavarro, 2006). Por tudo isto nenhuma mulher que engravida, está psicologicamente preparada para sofrer uma perda, seja ela de que natureza for, constituindo esse evento um período de crise, gerador de grande sofrimento e dificuldades adaptativas.

2 – A PERDA E O PROCESSO DE LUTO NA FAMÍLIA

Mulheres que geram, mas que não dão à luz? ... É quase uma antítese, um paradoxo. Não é possível! Quem gera, tem que dar à luz! Ou teria que dar à luz. Ou deveria dar à luz. É confuso, não é? E são só palavras... Quando deixamos estes singelos jogos semânticos e vivemos a realidade que eles espelham, podemos sentir o colapso de uma ilusão, o desmoronar de um ciclo, a morte da liberdade da alma. Este é o reverso da moeda, o outro lado da gravidez, o fantasma da maternidade – O Aborto.

(Pontes, 2008, p.12)

Como entender que, apesar de lidarmos tantas vezes com a morte (morte de um familiar, de um amigo, morte de um doente no hospital ...), insistimos em apagá-la da nossa mente, como se em momento algum ela nos fosse bater à porta. Pacheco (2004, p.1) refere que a morte é “um fenómeno bastante complexo, pois se por um lado parece estar constantemente presente ao longo de toda a nossa vida; por outro, parece manter-se radicalmente ausente, enquanto vivemos”. A verdade é que por muito bem que a conheçamos nunca estamos preparados para a enfrentar, sendo esta geradora de sentimentos perturbadores, levando ao desenvolvimento de uma panóplia de emoções, experiências e mudanças na vida psíquica da pessoa (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006). Segundo a CIPE versão 2.0 (2011) morrer significa uma “redução gradual ou súbita dos processos corporais, que leva ao fim da vida” (p.62).

Quando pensamos em perda pensamos na perda por morte das pessoas de quem gostamos. Mas a perda é um tema bem mais abrangente na nossa vida. Não perdemos apenas através da morte, mas também partindo e vendo outros partir, quando nos mudamos e quando nos deixamos ficar. As nossas perdas incluem não apenas as nossas separações e partidas para longe daqueles de quem gostamos, mas as nossas perdas de sonhos, expectativas impossíveis, ilusões de liberdade, de segurança e de poder (Perry, 2008). Qualquer perda gera um sentimento de luto, sendo que a duração dessa vivência irá depender da intensidade da relação com o objeto perdido (Gesteira et al., 2006).

A morte constitui uma das experiências mais traumáticas para o ser humano. “Isto acontece porque nas relações afectivas são investidos amor, amizade, segurança, esperança e a separação traz a dor psíquica de tristeza, solidão, medo e, insegurança”, sendo geradora de “uma dinâmica incompreensível para quem a vivencia e não a elabora” (Gesteira et al., 2006, p.464).

E o que dizer da morte de um bebê mesmo antes de ele nascer?

A morte, pode surgir em qualquer momento e levar aqueles que mais amamos, nomeadamente os filhos, invertendo a ordem natural do ciclo da vida. A perda de um filho “implica um tipo particular de luto que solicita adaptações, tanto sob os aspectos individuais, como na relação com o esposo, no sistema familiar e na sociedade. O luto por um filho é marcado por muita culpa e revolta” (Gesteira et al., 2006, p. 465).

Impõe-se a clarificação de alguns conceitos. A designação perda gestacional abrange um conjunto de situações de perda que se podem verificar ao longo da gestação ou após o parto, englobando o aborto espontâneo/interrupção espontânea da gravidez, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez, a interrupção voluntária da gravidez e o diagnóstico de anomalias congénitas do feto/bebê (Canavarro, 2006).

O aborto espontâneo ou interrupção espontânea da gravidez representa uma perda precoce e espontânea (usualmente antes das 12 semanas da gravidez), independentemente da causa subjacente; a morte fetal refere-se à morte “in útero” do bebê no último trimestre da gravidez, podendo também ser considerada, a morte durante o trabalho de parto; a morte neonatal refere-se à morte de uma criança, independentemente da causa, após o seu nascimento mas no período neonatal (até aos 28 dias de vida); e a interrupção médica da gravidez diz respeito à interrupção da gravidez quando estão em causa razões estritamente médicas e no período previsto na legislação (Rolim & Canavarro, 2006).

O caso de anomalia congénita do feto configura um tipo particular de perda pois conjuga a perda do bebê real, (por morte perinatal), com a morte do bebê imaginário (pela presença de anomalia) (Rolim & Canavarro, 2006). A vivência deste tipo de perda pode ter início muito antes de o bebê falecer, após o diagnóstico da malformação, constituindo um tipo particular de luto (luto antecipatório). As mesmas autoras definem também o conceito de morte perinatal, como a morte ocorrida entre as 20 semanas da gravidez e os primeiros sete dias de vida do bebê, havendo contudo autores que a definem como a morte ocorrida deste a fecundação até aos 28 dias de vida. (Rolim & Canavarro, 2006, citando Biscaia, 1996).

A Organização Mundial de Saúde distingue as perdas que se verificam antes a expulsão ou extração do bebê do corpo da mãe, independentemente da idade gestacional, das que ocorrem já após o nascimento – constituindo, até ao 7º dia após o parto, uma morte neonatal precoce e, entre o 7º e 28º dia posteriores ao parto, uma morte neonatal tardia. As perdas ocorridas nestes dois períodos (antes e após o nascimento) refletem causas diferenciadas: enquanto as mortes fetais se associam com mais frequência a complicações

na gravidez ou problemas de saúde maternos, as mortes que ocorrem após o parto devem-se principalmente a malformações graves, prematuridade, complicações obstétricas durante a gravidez ou parto ou infeções graves adquiridas em casa ou no hospital (World Health Organization, 2006).

Os dados disponibilizados pelo instituto nacional de estatística (2009), permitem concluir que, nos últimos anos, se tem verificado em Portugal uma diminuição global e consistente no número de mortes de fetos/bebés, verificadas entre as 28 semanas de gestação e os primeiros 7 dias após o nascimento. Em 2008, esta situação verificou-se, em média, 4 vezes por cada 1000 partos. Relativamente aos óbitos neonatais, perdas verificadas até aos 28 dias de vida, esta situação verificou-se em média 2,1 vezes por cada 1000 partos.

Muitas destas perdas ocorrem no contexto de uma gravidez sem intercorrências, e sem qualquer aviso prévio. Este facto contribui para ampliar o choque sentido pelos pais perante a notícia da morte do bebé, acentuando-se a dificuldade em aceitar o evento (Callister, 2006). Para Gerber-Epstein, Leichtentritt e Benyaminy (2009) a gravidez para a mulher representa a concretização de um sonho, porem esse sonho transforma-se num pesadelo quando a gravidez não avança. Cabral (2005) acrescenta dizendo que a morte inesperada é a mais traumatizante, colocando obstáculos sérios na elaboração do luto.

Para além da perda do bebé real, também a perda do bebé imaginado provoca um tipo particular de luto que é importante referir. É durante a gravidez que os pais imaginam o seu bebé, as suas características físicas, os traços da sua personalidade, espelhando nele todas as características que consideram ideais. O nascimento constitui portanto um momento de encontro e ajustamento importante entre o bebé imaginado e o bebé real, podendo a realidade do nascimento ser diferente dos seus desejos e expectativas (Perry, 2008). Segundo a autora podem ocorrer diversas crises situacionais durante a gravidez, como por exemplo, a experiência de um parto prematuro, a necessidade de uma cesariana quando se queria um parto normal, o nascimento de um rapaz quando a família queria uma menina, o nascimento de uma criança com deficiência ou doença crónica (Perry, 2008). Estas situações solicitam um reajustamento interno às novas condições, levando progressivamente à criação de novos laços afetivos com a criança real.

São milhares os pais que, todos os anos, perdem prematuramente os seus filhos e, como trazer para a vida pais enlutados que se deixam afundar num mar revolto de dor, desespero, culpa e revolta?

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental, quando os pais se apercebem da experiência da perda, podendo “fazer toda a diferença no modo como esses pais vão experienciar esses dolorosos momentos e dar início ao seu processo de luto”, identificando situações de maior risco de desenvolverem um processo de luto patológico (Cabral, 2005, p.84). Apesar da sua reconhecida importância, a verdade é que nem a sociedade nem os profissionais de saúde estão plenamente conscientes das implicações e do significado que o aborto tem para a mulher que vivenciou a perda (Gerber-Epstein, et al., 2009).

Rowlands e Lee (2010) evidenciam a importância da combinação das intervenções hospitalares com intervenções comunitárias com o objetivo de apoiar de forma mais adequada estas mulheres, indo de encontro às suas necessidades emocionais, psicológicas e físicas, no seu contexto individual, familiar mas também social.

Numerosos estudos defendem a ideia de que os processos de apego maternal são estabelecidos bem antes do nascimento, condicionando grandemente o processo de luto (Gaudet, 2010).

2.1. PROCESSO DE LUTO

O processo de luto é definido pela CIPE versão 2.0 (2011) como o “processo de resolver o luto, reacção emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo, trabalho consciente com reacções e emoções de sofrimento” (p.69). Perry (2008) define “processo de luto complicado” pela “persistência de sentimentos de raiva, culpa, perda, dor e tristeza prolongada o que conduz a sentimentos de desespero, abandono e diminuição do auto-mercimento” (p.981).

Segundo sugere Pires (2010, p. 143), citando Worden (2008) “o luto é um processo cognitivo que implica que o indivíduo se confronte com a sua perda, com o significado dessa mesma perda, recordando as suas memórias acerca da pessoa falecida, e adaptando-se a uma nova realidade”. Para Gesteira et al. (2006) este processo provoca dor, não existindo nenhum “remédio que proporcione alívio imediato”(p.464).

A Perda de um bebé constitui um tipo particular de luto, por se tecer ao nível do imaginário. Para Bryan e Higgins (2002, p. 187) “o que torna esta espécie de luto difícil e demorado é o facto de se tratar da perda do nosso futuro, e não do nosso passado”, provocando dor que persistirá para o resto da vida. A perda gestacional engloba, para além do sofrimento pela morte do bebé planeado, sentimentos adicionais que exacerbam o

sentimento de luto: a perda auto-estima e da sua capacidade reprodutiva, sensação de vazio (muitas vezes exacerbada pelas alterações físicas), perda dos sonhos e da esperança de garantir a descendência (Callister, 2006; Fonseca, 2008). Para Fonseca (2008) a perda gestacional significa para a mulher a recusa da sua capacidade de exercer o seu papel de mulher e de mãe.

Vários autores são unânimes em afirmar que experiência do aborto enfraquece o conceito de fertilidade da mulher. Corbet-Owen e Kruger (2003), cit. por Gerber-Epstein et al. (2009) no seu estudo sobre o impacto do aborto na mulher constataram, que em situação de aborto as mulheres sentem uma sensação de “defeito” e “anormalidade”, correspondendo a uma falha na sua fertilidade e no seu papel de esposas.

Nos casos específicos de interrupção voluntária da gravidez a vivência emocional mantêm-se, estando muitas vezes agravada pela condenação social que lhe está subjacente. A “mulher que aborta” é vista socialmente como desviante à norma, sendo “rotulada” muitas vezes de pecadora, promíscua, irresponsável, insensível, assassina (Kumar, Heissin, & Mitchell, 2009). Estas mulheres vivenciam, para além dos sentimentos de tristeza, vazio, frustração, pela perda do seu bebé, um forte sentimento de rejeição e vergonha pela condenação da sociedade. Sentimentos de recriminação e auto-culpabilização, podem surgir nos casos em que a mulher não desejou a gravidez, ou adotou comportamentos de risco (como fumar, beber, trabalhar em demasia), acreditando que a perda surgiu como punição pelos atos praticados (Rolim & Canavarro, 2006).

Segundo Fonseca (2008) o facto de a sociedade percecionar a gravidez como um processo normal, saudável e sem complicações, tende a dificultar a aceitação do sucedido e a acentuar os seus sentimentos de culpa.

Outros aspetos que contribuem para dificultar o processo de luto são “a inexistência (ou escassez) de rituais sociais que tornem as perdas socialmente visíveis” (Canavarro, 2006, p.282), como a não realização de funeral, a impossibilidade de ver o feto/embrião e tirar fotografias, o não envio de cartões de pêsames aos pais. Complementando tudo isto, o facto de a perda entrar em conflito com a ordem natural do ciclo de vida (os mais velhos devem morrer mais cedo que os mais novos), torna mais difícil a tarefa de aceitação da morte do bebé (Rolim & Canavarro, 2006).

Fonseca (2008) e Canavarro (2006) identificam as principais manifestações presentes numa situação de perda perinatal, sendo estas afetivas (tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, choque, desespero, desamparo), fisiológicas (sensação de aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, falta de energia), cognitivas (sensação de

presença da criança, baixa auto-estima, falta de memória, dificuldades de concentração, confusão) e comportamentais (agitação, fadiga, choro, isolamento).

Segundo Schott, Henley, e Kohner (2007) a vivência do luto comporta uma vertente física e outra emocional. Segundo as autoras, fisicamente os intervenientes podem evidenciar sentimentos de frio, de calor, sensação de falta de ar, podendo estas manifestações durar de horas a dias, podendo até ser recorrentes durante semanas. A nível emocional podem apresentar sensação de dormência/alienação, sem perceber o que lhe é dito, nem o que se passou. Referenciam também que as pessoas que estão em luto estão geralmente deprimidas e demonstram sensação de culpa e agressividade para com os profissionais de saúde, parentes, amigos, para com o bebé que morreu e para com Deus (Schott et al., 2007).

O aborto espontâneo, evento comum nos primeiros estádios da gravidez, tem sido associado a elevados níveis de ansiedade e depressão (Rowlands & Lee, 2010). Um estudo de Abboud e Liamputtong (2003) cit. por Gerber-Epstein et al. (2009), concluiu que as mulheres que sofreram algum tipo de perda, mesmo meses após a sua perda, em contacto com outras mulheres grávidas sentiram-se profundamente angustiadas e tristes, não conseguindo falar sobre a sua experiência. Segundo os investigadores, após uma experiência de aborto precoce, cerca de 70 % das participantes relataram situações de trauma, incluindo ansiedade, dificuldade em adormecer, medo, desespero e afastamento.

Embora grande parte dos estudos dê enfoque à vivência da mulher perante uma situação de perda, hoje sabe-se que ambos os progenitores evidenciam um nível próximo de luto (Callister, 2006). Calister (2006) acrescenta, que embora isso aconteça, a mulher tende a evidenciar um maior número de manifestação. As diferenças encontradas poderão dever-se ao facto de a mulher poder estar mais ligada ao bebé, sobretudo quando a perda ocorre nas primeiras semanas de gravidez e, por outro lado, à sobrecarga adicional de vivenciar fisicamente a perda. Sendo a mulher que carrega o bebé no ventre, esta pode manifestar maior sentimento de culpa em relação à perda, sentindo-se por vezes responsável por este desfecho, particularmente quando não é possível identificar uma causa médica para a perda. Já o pai apresenta tendencialmente uma resposta ao luto mais controlada e com menos sinais extremos, talvez pelo facto de lhe ser inculido a necessidade de “ser forte” e “tomar conta” da esposa (Callister, 2006). Normalmente o homem retoma com maior rapidez as rotinas diárias e os compromissos profissionais (Callister, 2006; Heustis & Jenkins, 2005; Schott et al., 2007).

Rolim e Canavarro (2006, p. 276), reforçam que “os homens sofrem intensamente, mesmo que não o expressem abertamente, pois é comum que neguem a dor e ocultem os sentimentos.” Eles sofrem muito pelo luto das suas esposas, sentindo-se muitas vezes desprotegidos relativamente à forma como devem ajudar as suas esposas a lidar com a dor (Perry, 2008). Schott et al. (2007), acrescentam que os pais têm sido sempre ignorados, comprovando através de estudos recentes que demonstram que os pais respondem à morte do bebé, com um luto intenso e profundo.

Relativamente à relação entre o casal Schott et al. (2007) referem que ambos tentam proteger os parceiros dos pensamentos mais dolorosos, tornando-se mais solitários e isolados, comprometendo o relacionamento entre eles.

Podem enumerar-se diversos factores que influenciam a reação emocional à perda, nomeadamente a idade dos pais, características da sua personalidade, história prévia de perturbações emocionais ou de personalidade, fatores diretamente ligados à gravidez (motivação e desejo de ter um filho, duração da gestação), relacionamento entre pai e mãe do bebé, crenças religiosas, o apoio familiar e social disponível, o tipo de relacionamento com a família alargada e a atitude dos profissionais de saúde. Também se podem considerar como aspetos relevantes, a natureza e gravidade do(s) problema(s) do feto/recém-nascido, tipo e duração do tratamento, prognóstico, peso e idade gestacional (Rolim & Canavarro, 2006).

Os sentimentos de perda podem também estar intensificados quando o aborto ocorre numa primeira gravidez ou na sequência de tratamentos de infertilidade mal sucedidos (Perry, 2008). Gerber-Epstein et al. (2009) referem que a experiência de abortar numa primeira gravidez é qualitativamente diferente de abortar em gravidezes subsequentes, tratando-se como que da passagem da esterilidade para a paternidade. Uma mulher que não consegue criar uma nova vida sente que o seu corpo a dececiona e vê-se como deficiente e defeituosa. O facto de se acreditar que a infertilidade é essencialmente um problema da mulher, aliada à importância que a própria sociedade confere à maternidade, pode levar à intensificação dos sentimentos de inferioridade por parte da mulher, podendo sentir-se também excluída e estigmatizada pela própria sociedade (Bryan & Higginns, 2002).

A experiência de perda numa primeira gestação vai também condicionar as gravidezes subsequentes. Gaudet (2010) no seu estudo sobre a experiência psicológica de uma gravidez após uma experiência anterior de perda, concluiu que as mulheres que sofreram uma experiência anterior de perda perinatal, revelaram scores mais altos de dor e sintomas de depressão em relação às mulheres que não experimentaram qualquer perda,

interferindo mesmo na qualidade da relação pré-natal que é estabelecida com a segunda criança. A alegria de estar grávida de novo para estas mulheres é ofuscada e mascarada pelas suas experiências anteriores. St. John, Cooke e Goopy (2006), no seu estudo verificaram que as mulheres estavam felizes pela sua nova gravidez, mas que essa felicidade não durou muito tempo. Gaudet (2010) refere que estas mulheres vivenciam um sofrimento imenso na vivência da nova gravidez e como tal devem ser acompanhadas durante o episódio de perda e todo o tempo até ao nascimento da criança subsequente.

A perda de um bebé por morte fetal “provoca uma reacção de sofrimento emocional e uma experiência desoladora para a mulher/família e amigos, e também para os profissionais, nomeadamente para os enfermeiros que a acompanham durante a gestação” (p. 163), sendo esta situação geradora de grande sofrimento para todos os intervenientes (Duarte 2010 citando Ampese, Perosa, & Haas, 2007). Segundo Schott et al. (2007, p.20) o “luto é como que uma ferida aberta que pode ser reaberta vezes sem conta”.

As reacções dos pais à morte fetal de um filho dependem do grau de ligação afetiva com o bebé e do investimento aplicado à gravidez, sendo um dos acontecimentos mais traumáticos que um casal pode enfrentar. A experiência de perda é muitas vezes agravada pelo débil reconhecimento familiar e social, levando Duarte (2010 citando Ampese et al., 2007) a reconhecer que “os pais acabam por sofrer estes danos calados, uma vez que as demais pessoas não compreendem a amplitude da sua dor” (p.163). O autor acrescenta que “para os familiares trata-se de um bebé aguardado, mas têm dificuldade em reconhecê-lo como um indivíduo, pois nunca viveu fora do útero materno, tornando-se trivial esta perda” (Duarte 2010, p. 163 citando Ampese et al., 2007). O descrédito demonstrado pela família e sociedade, é sentido pelos pais como uma desvalorização do que se perdeu e do sentimento vivido, implicando um maior sofrimento. A ligação afetiva que é criada com o bebé leva a que os pais se recusem a esquecer o bebé morto mantendo o laço com ele (Schott et al., 2007). Segundo Cabral (2005, p. 68) citando Leon (1990) “em cada aniversário da morte, os pais lembram-se da idade que a criança teria, e assim o luto prolonga-se por um período indefinido”.

Para Cabral (2005) existem diferenças significativas entre uma perda gestacional precoce ou tardia. Segundo a autora “numa perda gestacional precoce, o luto torna-se particularmente complicado por se tecer quase totalmente ao nível do imaginário”, referindo que os pais enlutados “vivenciam este processo de luto como a não satisfação de um desejo na fantasia, a perda de uma parte de si”, isolando-se muitas vezes socialmente (Cabral, 2005, p.72). Este isolamento é devido ao não reconhecimento social da existência do bebé, não existindo também nenhum ritual fúnebre que acompanhe a perda. No que respeita à

perda gestacional tardia, se por um lado “este processo pode ser facilitado pela presença de um corpo e/ou fotografias, por outro lado haverá uma maior ligação ao bebé” (Cabral, 2005, p. 72). Rolim e Canavarro (2006) defendem uma ideia diferente, referindo que as reações de uma mulher/casal a uma perda ocorrida durante a gravidez ou puerpério não são necessariamente determinadas pela idade gestacional ou tempo de vida, mas antes “dependem do grau de ligação afectiva ao bebé e do investimento colocado na gravidez” (p.256).

Rolim e Canavarro (2006) desenvolvem a ideia da ligação afetiva precoce, com o aperfeiçoamento da tecnologia médica obstétrica, referindo que contrariamente ao que se verificava anteriormente em que o primeiro contacto visual com o bebé apenas era estabelecido no nascimento, atualmente esse contacto é antecipado, já que “graças ao desenvolvimento da tecnologia médica obstétrica, como as ecografias, possuímos acesso imediato ao feto, sendo possível obter a sua imagem real e bidimensional” (Rolim & Canavarro 2006, p. 281). Segundo Cabral (2005) os exames pré-natais hoje em dia disponíveis, vieram aumentar e acelerar a ligação pré-natal.

Técnicas avançadas de diagnóstico pré-natal, ao mesmo tempo que vieram aumentar e acelerar a ligação pré-natal, vieram, através do diagnóstico mais facilitado de malformações, “obrigarem” os casais a tomarem decisões sobre a continuidade da sua gravidez em caso de “anomalia”. Perante um diagnóstico de malformação a mulher/casal trava um autêntico duelo interior, entre a decisão de abortar ou manter uma gravidez “afetada”, configurando uma experiência profundamente devastadora física e psicologicamente. As mulheres/casais que desejam, muitas vezes, esta gestação e fortemente vinculadas aos seus filhos, têm nas suas mãos a decisão da interrupção. Este dilema é muitas vezes agravado pela sociedade que impõe regras contraditórias, pois se por um lado as mulheres devem amar incondicionalmente os seus filhos desde a concepção, por outro não devem entregar à sociedade um filho “deficiente” (Mccoyd, 2007).

Quando um indivíduo perde alguém que lhe está próximo deseja uma resolução final rápida. O restabelecimento da vida sem “esse alguém” envolve um sofrimento particular, processo denominado de “luto”, sendo os sentimentos e reações subsequentes designadas de “reações de luto” (Perry, 2008). Lopes citado por Rolim e Canavarro (2006) considera o luto como o estado de dor e sofrimento subsequente à perda e processo de luto como o processo psicológico de elaboração da perda. Para Perry (2008, p. 983), “ a duração do processo de luto é individual; contudo é consensual que este é um processo longo que se pode prolongar durante meses ou anos”

2.2. FASES DO LUTO

Segundo Silva (2004, p.65) “o decorrer do luto faz-se através de fases e, desta forma, ficamos a saber como é que as pessoas sofrem e o que é que elas experienciam durante o processo.” O processo de luto normal e as respostas que este processo gera nas pessoas enlutadas foi analisado por Bowlby (1980), que enumerou as quatro fases do processo de luto, designadas de fase de entorpecimento; fase de saudade e procura; fase de desorganização e desespero; e fase de reorganização (Perry & Potter, 2006). A partir dos seus trabalhos surgiram outros nomeadamente o de Weiner (1984), citado na obra de Canavarro (2006). Segundo ele podemos distinguir três fases no processo de luto, sendo estas a “fase de choque e negação”, a “fase de desespero e expressão da dor” e a “fase de resolução e reorganização”.

A “fase de choque e negação” surge imediatamente após a perda, tendo uma duração média de 14 dias. Esta fase é caracterizada por um descrédito e negação do sucedido (a pessoa não acredita que perdeu), sentindo-se apática, só e perdida. São frequentes sintomas físicos como: diminuição do apetite, insónias, náuseas e sensação geral de desconforto (Rolim & Canavarro, 2006).

A “fase de desespero de expressão da dor”, surge cerca de duas semanas após a perda e tem uma duração de seis a oito meses, sendo marcada pela tomada de consciência da perda ocorrida. Acentuam-se os sintomas depressivos, levando a alterações do comportamento e a um desinteresse completo pelas suas atividades do dia-a-dia. Nesta fase são frequentes os sonhos e pensamentos com a pessoa falecida (como se ela continuasse viva) e sentimentos de raiva e culpabilização para com o próprio e/ou profissionais de saúde envolvidos na morte (Rolim & Canavarro, 2006).

A “fase de resolução e reorganização” é marcada por um evolutivo restabelecimento do interesse pelas atividades do dia-a-dia, pelo trabalho e pelas relações pessoais, deixando o futuro de parecer tão pessimista. Nesta fase os padrões de sono e alimentares são restabelecidos e os sintomas depressivos reduzidos. A pessoa chora com menos frequência, os sentimentos de vazio e tristeza estão atenuados, assim como as recordações da pessoa falecida. Esta fase pode durar semanas ou meses” (Rolim & Canavarro, 2006).

O processo de luto foi estudado por diversos autores sendo unânimes na opinião que existem fases que as pessoas enlutadas têm de vivenciar para a sua resolução. Worden (1991) cit. por Perry (2008), defendeu que o processo de luto pode ser conceptualizado tendo em conta as quatro tarefas do luto, sendo estas: aceitar a perda, trabalhar a dor, adaptar-se ao ambiente e progredir com a vida. Mais tarde e tendo em conta os trabalhos de

Worden (1991) e outros autores foi proposto um modelo conceptual do processo de luto parental, referenciado por Perry (2008). Segundo este modelo “as reacções de luto dos progenitores estão intimamente ligadas à sua auto-imagem como pai ou mãe” (p.983). Segundo ela, e tendo em conta este modelo conceptual “as reacções parentais de luto decorrem em três fases sobreponíveis de luto”, sendo estas “o sofrimento profundo, luto intenso e reorganização” (Perry, 2008, p. 983).

A fase de “sofrimento profundo” é marcada pela perda de identidade dos progenitores, como pai e mãe, e dos seus sonhos relativos à parentalidade. Esta fase inicia-se logo após a notícia, sendo caracterizada por uma forte perturbação e dor profunda. É habitual o estado de choque e entorpecimento, sendo também possível a vivência de um estado de confusão, como se estivessem a viver uma situação irreal. Por esse motivo são também frequentes os sentimentos de descrença e negação da situação. É nesta fase que os pais têm de tomar decisões sobre o nome do bebé, a realização de autópsia e funeral, o que por vezes se revela muito difícil. São frequentes as manifestações de tristeza, depressão, choro e exteriorização de outras emoções, contudo também é possível a ausência de manifestação de qualquer afeto, ou uma calma aparente. Esta situação pode ser indício de desorientação, negação do sucedido, ou apenas uma forma pessoal de lidar com a perda (Perry, 2008).

A fase de “luto intenso” engloba a vivência de emoções perturbadoras, como a solidão; sensação de vazio, pela ausência do bebé; saudades da criança falecida; culpa, por não ter conseguido evitar a sua morte; raiva, para com os profissionais de saúde ou para com Deus, mas também, embora menos frequentemente, para com os familiares e amigos que não foram capazes de os ajudar; irritabilidade; medo, muitas vezes relacionado com o receio de que volte a acontecer; desorganização; depressão; bem como a vivência de físicos, como a presença de cefaleias, fadiga, tonturas, dores lombares, dificuldade em dormir, distúrbios alimentares. O medo e a ansiedade estão particularmente presentes quando se perspectiva outra gravidez. Enquanto muitos pais se sentem quase que obcecados por engravidar de novo, outros vivem o receio de não conseguir passar por outra situação de perda. Nesta fase é esperado que os pais elaborem duas tarefas de luto: a dor pela perda e a adaptação da sua vida, sem a criança falecida (Perry, 2008).

São também possíveis alterações dos processos cognitivos e comportamentais, sentindo dificuldade em terminar tarefas, dificuldades de concentração, agitação, dificuldade em tomar decisões e resolver problemas. Por esse motivo muitos casais revelam resistência em retomar o trabalho. Nesta fase pode tornar-se particularmente difícil lidar com as reacções dos amigos ou colegas de trabalho, ou mesmo com a indiferença social, levando muitas

vezes os pais a suprimir ou negar os seus sentimentos. Todas estas situações podem levar os casais a pensar que são os únicos no mundo a passar por essa situação, o que intensifica esta fase do luto. Quando um dos progenitores quer falar da sua perda e o outro não, podem aparecer dificuldades no relacionamento, levando muitas vezes a roturas conjugais. Por vezes o pai refugia-se no álcool, drogas, relacionamentos extraconjugais, aumento das horas de trabalho, para se manter fora de casa, funcionando como um “escape” (Perry, 2008).

A “fase de reorganização” é marcada pela procura de respostas pelo sucedido, buscando um novo sentido para a vida. Com o passar do tempo os sentimentos dolorosos são apaziguados e a dor vai sendo cada vez menos intensa. Existe um retorno da auto-estima e confiança em si próprios, sentindo-se capazes de funcionar em casa e no trabalho. São sinais de reorganização, o restabelecimento das relações sociais, a capacidade de tirar prazer das pequenas coisas do dia-a-dia e o retorno da capacidade de tomarem conta de si próprios. Esta fase atinge normalmente o seu auge após um ano, quando os pais se sentem capazes de retomar a sua vida. Para muitas mulheres, a vivência de uma nova gravidez, constitui um acontecimento importante e necessário para a superação da sua perda (Perry, 2008).

Segundo Perry (2008, p.983) “embora existam vários autores que defendam que, no processo de luto existem fases sobreponíveis, a maioria não defende que este processo seja vivido por etapas”. Segundo a autora “a duração do processo de luto é individual; contudo é consensual que este é um processo longo que se pode prolongar durante meses ou anos”. Segundo Twycross (2003, p.62) o “luto é porventura, a maior crise que muitas pessoas terão jamais de enfrentar”.

2.3. TIPOS DE LUTO

Gomes, Costa, Pinto, e Martins (2003, p.49), referem-se ao luto como um processo “complexo, variável e não estático”, referindo que “apesar de a progressão ser ordenada, as respostas individuais são imutáveis”. Segundo elas, podemos identificar três tipos de luto: “luto normal”, “luto antecipatório” e “luto agridoce”.

No tipo de “luto normal” as respostas emocionais associadas ao processo de luto podem ser de natureza afetiva: manifestada por tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, apatia, choque e desespero; de natureza comportamental como agitação, fadiga, choro e isolamento; de natureza cognitiva como pensamentos que traduzem preocupações com a

criança, falta de memória ou falta de concentração; e de natureza fisiológica como perda de apetite e insónias. Rolim e Canavarro (2006) acrescentam as dificuldades ao nível das relações interpessoais, com os familiares e amigos.

Segundo Rolim e Canavarro (2006), é através do luto que se aprende a lidar com a perda, com a morte e com o sofrimento por elas causado. Esse período de dor e sofrimento é normal e deve ser visto como saudável e necessário. A sua ausência é que pode indicar a presença de uma perturbação psicológica.

O tipo de “luto antecipatório”, surge quando “as famílias têm conhecimento de uma perda possível”, permitindo que, ao anteciparem a perda tenham a “oportunidade de planear, de sentirem maior controlo da situação e serem capazes de se despedirem” (Wheeler, 1999, citado por Gomes et al., 2003, p.49).

“O luto agridoce”, é definido por Gomes et al. (2003, p.49), citando Kowalski (1984) “como o luto que se refere às memórias que permanecem após a perda”. Este tipo de luto ocorre quando alguém recorda a perda, o que pode acontecer de forma habitual, por exemplo, nas datas de nascimento, no dia da morte, acontecimentos escolares, mudanças de estação e meses do ano em que ocorreu a perda.

Nem todas as pessoas seguem o padrão de resposta descrito anteriormente, evidenciando reações normais a uma perda, podendo surgir dificuldades e levar a formas não adaptativas do luto, ou seja, a um processo de luto patológico (Rolim & Canavarro, 2006). Segundo Worden (2001), citado pelas mesmas autoras, existem formas não adaptativas de luto, para as quais os profissionais de saúde devem estar despiertos: a constante preocupação com o ente querido, prolongando o processo de luto (“luto crónico”); o adiamento, supressão ou não resolução do luto (“luto atrasado”); a manifestação exagerada, com excessiva intensidade, das respostas do luto (“luto exagerado”) ou a presença de outros sintomas físicos e/ou psicológicos difíceis de relacionar com o processo de luto (“luto mascarado”) (Rolim & Canavarro, 2006).

O processo de luto não pode ser encarado como uma tarefa possível de terminar, deve ser antes visto como um processo que deve ser aceite e processado satisfatoriamente pelos pais no sentido de serem capazes de falar e pensar no seu bebé de forma tolerável, procurando novos significados existenciais e alternativas de vida (Canavarro, 2006). Para o efeito é importantíssimo que o enfermeiro esteja atento às mulheres/casais que experienciam uma perda gestacional, intervindo adequadamente, no sentido de os ajudar a elaborar essa mesma perda de forma saudável.

3 - CUIDAR DA MULHER/CASAL/FAMÍLIA EM LUTO

Na vida profissional tudo começou com a perda dos meus pacientes. A morte, no hospital, pela doença, dos adultos e das crianças. À espera da morte e da luta contra a morte dos doentes oncológicos e dos doentes já sem saída. Com os adultos eu sorria e olhava a alma nos seus olhos. (...) Com as crianças dávamos a mão. Eu sorria e olhava a alma nos seus olhos e sentava-me. (...) E também a morte e o coma em casa dos mais velhos. (...) Tanto colo, tanto sofrimento. Mas nada que chegasse à perda do filho. Desespero, revolta, incompreensão, a perda total do sentido, a derrota de uma vida e de um esforço de que nada valera. A morte e, pior do que a morte, a fuga e, pior do que a fuga, o rapto. Reconheço não haver dor mais violenta do que a impotência perante a perda com vida, o rapto, o desaparecimento de alguém amado, que se sabe por aí, destruído, humilhado, batido, violentado. E nós aqui, impotentes, com as vísceras rebentando de dor e saindo de nós, já sem capacidade de enfrentar ou de viver, desvairados pela dor ou incapacidade de ação, não fora o medo de ter desistido antes de o encontrar.

(Sousa, 2008, p.111)

Os profissionais de saúde têm, nos seus ideais, um compromisso com a vida. Por essa razão, e apesar da modernidade e de todos os avanços tecnológicos, o tema da morte, continua a ser evitado e, não raras vezes, incompreendido, gerando medos e ansiedades. Amperese et al. (2007) acrescentam que esta dificuldade em prestar apoio perante um processo de morte está exacerbada “quando a perda ocorre no ambiente da maternidade, por ter-se a concepção de que este deve ser um local de surgimento de novas vidas e não um local onde ela acaba, tornando a morte um assunto polémico e desafiador neste meio” (p.72).

Os enfermeiros que lidam constantemente com o início da vida, e muito raramente com a morte, podem sentir dificuldades em serem assertivos com uma mãe/ casal/ família que enfrenta uma morte perinatal, isto acontece porque contactam com estes em momentos únicos, particularmente difíceis para ambas as partes. Cabral (2005, p.62) refere que “lidar com as perdas no período perinatal é sempre um processo complicado para todos os intervenientes – mães, pais, familiares, médicos e enfermeiros.”

Muitas mulheres que passaram pelo processo de perda demonstraram falta de apoio por parte dos profissionais de saúde como se, pelo facto de terem perdido o seu filho deixassem de ter necessidade dos seus cuidados (St. John et al., 2006). Segundo as autoras a falta de cuidados e de apoio disponíveis, levam muitas vezes, estas mulheres, a procurarem apoio fora das unidades de saúde, como por exemplo em grupos de auto-ajuda¹. Segundo o seu estudo, estas mulheres procuram nestes grupos o consolo, conforto, compreensão e esperança que necessitam e que não encontram nos cuidados de saúde. O estudo revelou que todas as mulheres, sem excepção, gostariam de ter tido alguém para conversar e muitas vezes se sentiram isoladas e sem apoio (St. John et al., 2006). Também Corbet-Owen e Kruger (2003), cit. por Gerber-Epstein et al., (2009) no seu estudo sobre o impacto do aborto na mulher constataram que as mulheres expressam a necessidade de entender a sua perda e de a lamentarem para poderem recuperar.

Cabral (2005), baseada em Cullberg (1972) refere que, pelas dificuldades que os profissionais de saúde que lidam com estes casos enfrentam, os enfermeiros agem de três modos distintos perante a ansiedade associada ao nascimento de um bebé morto ou à sua morte iminente: evitando a situação; projetando sentimentos pessoais sobre a utente/família, de forma agressiva ou acusatória; e negando ou consertando magicamente, com expressões como “esqueça isso...”, “pode ter outro filho...” ou simplesmente administrando altas doses de sedativos.

Rowlands e Lee (2010) verificaram que a conduta médica, nos casos de aborto, é sentida pelas mulheres como sendo bastante pobre. Segundo as autoras, a falta de informação recebida, combinada com comentários insensíveis e falta de empatia durante o tratamento hospitalar foram os aspetos mais negativos referidos pelas mulheres.

No que concerne à falta de informação que é disponibilizada aos pais Layne (2006) concluiu que muito ainda há a fazer. Chama a atenção ao facto de a perda gestacional ser um tema constantemente evitado nas consultas pré-natais, evidenciando o facto deste tema raramente constar dos manuais que são facultados ao casal nas consultas pré-natais e a inexistência de folhetos a falar sobre o tema.

Mander (2006), referencia algumas razões que tornam mais difícil aos enfermeiros lidar com a morte perinatal, sendo estas o facto da morte de um bebé ser sempre anti-natura, indo contra o ciclo de nascimento, vida e morte; e o facto de a morte de um bebé

¹ A associação “Âncora” em Portugal, desde 1992 e o “Projecto Artemis”, fundado em Dezembro de 2005, são associações que visam ajudar os pais que vivenciam situações de perda gestacional.

representar, para os profissionais de saúde, uma falha/limitação técnica que culmina na morte da criança, gerando nos profissionais sentimentos de culpa, derrota e fracasso. Para Mander (2006) se o profissional de saúde não passar várias vezes pela situação de comunicar a notícia e lidar com o luto da criança, vai levar a que nas situações seguintes a evite, gerando ainda mais ansiedade.

Segundo Cabral (2005), baseado em Kennel e Klaus (1993), aos profissionais de saúde são atribuídas três importantes tarefas na ajuda aos pais que passam por uma situação de perda perinatal, sendo estas: “ajudar os pais a elaborar a perda e a fazê-la real; ficar certo de que as reações normais à perda se iniciarão e que ambos os pais resolverão o processo, se possível sem um luto patológico; e atender às necessidades individuais de pais específicos” (p.83). A Canadian Pediatric Society (2001), acrescenta a tarefa de assegurar que os pais compreendam que os seus sentimentos são normais.

Para a sua consecução torna-se indispensável que os enfermeiros possuam conhecimentos sobre o luto, antecipem as necessidades das pessoas em luto, e favoreçam o estabelecimento de um ambiente liberto de juízos de valor, onde a mãe/ casal/ família se possam expressar livremente e possam tomar decisões baseadas nas suas próprias necessidades. Segundo Cardoso (2002) os profissionais de saúde nunca deverão esquecer que “o processo de luto é doloroso e as expressões de pesar e dor são inevitáveis” e que “o processo de luto não é estático, sendo que as respostas emocionais variam ao longo do tempo” (p.31).

Raddi, Sanson, e Kharde (2009) denunciam a necessidade dos enfermeiros que trabalham na maternidade e cuidados intensivos neonatais, fazerem formação na área da perda perinatal e processo de luto, a fim de serem dotados de conhecimentos, de uma atitude positiva e habilidade na prestação de cuidados à mulher/ casal que vivencia esta situação.

3.1- GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Dada a natureza rápida e imprevisível de uma perda, normalmente as famílias não a perspetivam, não se encontrando preparadas quer em experiência de vida, quer em conhecimentos acerca das reações ao sofrimento e processo de luto, mas sobretudo, relativamente aos aspetos necessários para ficarem com memórias positivas deste período tão trágico das suas vidas. O enfermeiro, por ser o elemento da equipa de saúde que mais tempo está junto da mulher/família, assume um papel preponderante na forma como estes

pais vivenciam as situações de perda perinatal (Perry, 2008). É importante que o enfermeiro esteja atento às respostas verbais, por exemplo ao aparecimento da palavra bebê, que revela o que a pessoa acredita que perdeu, ou o que está a ser motivo de sofrimento; mas também às respostas não-verbais, tão ou mais reveladoras que as respostas verbais, neste período difícil.

As percepções da perda associadas à gravidez e nascimento podem ser múltiplas e geradoras de sentimentos penalizadores, como sendo sentimentos de confusão e de alienação, sensação de estarem a viver um pesadelo ocorrendo muitas vezes descrença e negação da situação, perda de controlo, desorganização, diminuição da auto-estima, preocupação acerca da sua fertilidade ou capacidade de gerar uma criança, alteração na imagem corporal, dificuldades de adaptação à sua vida sem a criança... Fazer esta avaliação, percebendo a natureza da vinculação do casal à gravidez, escutando as palavras usadas pelo casal para descrever as suas experiências, percebendo as suas respostas ao processo de perda e explorando a rede social de apoio dos pais, pode ajudar o enfermeiro a formular diagnósticos de enfermagem apropriados e a planear os cuidados (Perry, 2008).

Os resultados esperados são uma fase fundamental do processo de enfermagem e devem ser baseados na reunião dos objetivos mútuos designados pela mulher, família e enfermeiro, devendo ainda ser hierarquizados mediante as necessidades observadas (Perry, 2008). São alguns exemplos de resultados esperados, que os membros da família sejam capazes de:

reviver a perda, partilhar experiências e verbalizar sentimentos de luto; compreender as reacções normais ao luto que possam estar a sentir na altura da perda ou após a mesma; demonstrem uma independência progressiva nas tomadas de decisão que vão de encontro às suas necessidades e crenças religiosas e culturais; identifiquem os recursos de apoio disponíveis, tanto a nível familiar, como espiritual, nos cuidados de saúde e na comunidade; saibam analisar os aspectos e principais problemas existentes no seio familiar e entre o casal; e demonstrem satisfação para com os cuidados e apoio prestado pelos profissionais de saúde (Perry, 2008, p. 990).

A avaliação dos cuidados de enfermagem deve ter por base a construção de um ambiente no qual todas as famílias possam expressar o seu luto, bem como as suas necessidades. O atingir dos resultados esperados é assegurado quando se efectua uma integração positiva da perda experienciada pela família.

No contexto de uma sociedade global, em que hoje vivemos, o enfermeiro tem de estar sensibilizado para a coexistência de várias culturas, procurando os conhecimentos, experiências e desenvolvendo competências, que lhe permitam prestar cuidados individualizados e culturalmente adaptados às mulheres/casais/famílias. (Perry, 2008).

3.2- CUIDAR E COMUNICAR – CONSIDERAÇÕES PRÁTICAS

De acordo com Perry (2008) grande parte das famílias não sabem o que necessitam na altura da perda, procurando por isso o apoio e a compreensão das equipas médicas e de enfermagem, durante o período de luto. As esperanças, sonhos, auto-estima e expectativas de desempenho destas famílias enlutadas foram bloqueadas. Contudo, todas podem e devem realizar opções, o que requer que essa possibilidade lhes seja oferecida e que lhes seja dado o tempo necessário para considerarem que necessidades poderão vir a ter. “Os pais apreciam a oportunidade de fazer escolhas sobre as suas necessidades”, como tal “os prestadores de cuidados não devem influenciar os pais ou fazer presunções que possam limitar as suas escolhas ou forçá-los a optar por soluções que não desejam” (Perry, 2008, p. 990). Quando uma mãe/família é capaz de expressar as suas necessidades, é fundamental que o enfermeiro a escute e lhe responda de forma positiva. Assim, pode-se evitar que o pensamento “se ao menos soubesse” persiga a mãe pela vida fora e constitua um entrave ao curso “normal” do processo de luto.

Segundo Cabral (2005), podem considerar-se cinco áreas de intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, que mais próximos estão destas situações:

- **Identificar os pais em risco de desenvolver um processo de luto patológico** – estando sensibilizados para aspetos inerentes à perda, de forma a identificar fatores de risco de desenvolver o luto patológico (Cabral, 2005).

- **Melhorar a interação com a mãe/pai** – dando a informação ao casal em simultâneo, num local privado, permitindo que possam reagir à sua maneira, mostrando compreensão, sensibilidade e consternação. A informação deve ser dada de modo sensível, respeitoso e empático, de forma completa, detalhada e verdadeira, respondendo a todas as perguntas dos pais e disponibilizando um elemento da equipa para esclarecimentos futuros, em caso de necessidade (Cabral, 2005).

- **Atividades específicas para os momentos em que o bebê está a morrer ou morreu** – sensibilizando os pais para a importância do contato com o bebê, mas sem impor. É importante proporcionar privacidade para a tríade, dando o tempo necessário e desejado pelos pais para se despedirem. É igualmente importante que outros familiares e amigos possam ver o bebê a fim de validarem a sua existência e compreenderem a necessidade dos pais fazerem o luto. Caso seja solicitado, o apoio espiritual deve ser fornecido aos pais, bem como o batismo segundo as suas crenças e valores religiosos (Cabral, 2005).

- **Atitude e comunicação** – A capacidade de escuta é, na realidade, a técnica mais importante que o enfermeiro tem para prestar apoio, cuidado e compreensão ao casal e família em luto. Não se deve sentir desconfortável por mostrar emoções ou tristeza, pois isso demonstra empatia pela família em luto. Segundo Cabral (2005, p.87) não devem ser ditas frases do tipo: “pode sempre ter outro bebê”, “pelo menos tem outro filho”, ou “o tempo cura tudo”, pois isso “poderá ser sentido como uma desvalorização da situação e do sofrimento dos pais.”

- **Memórias** – Facilitar a criação de memórias constitui um valiosíssimo contributo que os profissionais de saúde e em especial os enfermeiros têm ao seu dispor para ajudar a família enlutada. Para tal, devem estar preparados para, numa situação de morte à nascença ou nos primeiros tempos de vida, recolherem recordações/evidências físicas de que o bebê existiu, ajudando os pais a criar memórias do seu bebê falecido. São exemplos dessas recordações, fotografias, filmagens, impressões digitais, uma madeixa de cabelo, o registo do nascimento, um peluche que tenha sido oferecido. Para além de recolher estas recordações é também importante que elas sejam entregues à família com a sensibilidade e compaixão que merecem (Cabral, 2005)

No que respeita à comunicação dos profissionais de saúde para com os pais enlutados, Perry (2008), chama a atenção para as expressões que devem e não devem ser ditas. Segundo a autora são exemplos de expressões que se devem 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”. Como expressões que não devem ser ditas aos pais enlutados Perry (2008), refere: “Deus tinha uma missão para ela”; Ainda bem que tem outra criança”; “A vida tem de continuar”; “Eu sei o que sente”, “Foi a vontade de Deus”; “Tem de continuar por ela”; “A senhora é nova, pode ter outro”; “Agora tem um anjo no céu”; “Isto foi a melhor solução” (Perry, 2008, p. 995). Limbo e Wheeler (2003), referenciam que a intervenção clínica junto do casal que vive uma perda gestacional deve assentar numa postura de empatia e compreensão, reforçando que o profissional de saúde deve transmitir preocupação e interesse, comunicando através de mensagens sensíveis,

indo de encontro ao referenciado por Perry (2008). Quando estamos perante o sofrimento de outro devemos, evitar mentir e usar muitas palavras, tentar escutar mais do que falar e oferecer breves manifestações de condolência e simpatia.

Os enfermeiros devem possibilitar que o casal possa ver o bebé falecido, facultando-lhe o tempo que eles necessitem para o efeito. É importante que o enfermeiro esteja sensível para o aspeto do bebé. Dar banho ao bebé, aplicar pó de talco ou loções de banho, penteá-lo, vesti-lo e embrulhá-lo como se de um bebé vivo se tratasse, dá a ideia que o bebé foi tratado de forma especial, fazendo com que os pais guardem a melhor recordação. O enfermeiro deve também facultar informação sobre o peso, comprimento e perímetro cefálico, podendo mesmo oferecer uma impressão digital do bebé ou uma pequena madeixa de cabelo. Outros artigos que devem ser oferecidos quando os pais assim o desejam são: fotografias, roupa do bebé, pulseira de identificação hospitalar (Perry, 2008). É também da competência dos enfermeiros ajudarem os pais a tomarem decisões que podem ser importantíssimas para a vivência do seu processo de luto, como a realização ou não de autópsia, a doação de órgãos, a realização de funeral ou outro ritual espiritual, ou mesmo sobre o batismo nos casos em que se aplica (Perry, 2008).

Segundo Perry (2008) em muitos serviços foram já implementados protocolos, com orientações claras para todos os membros da equipa sobre a forma de ajudar os pais a ultrapassar as situações de perda. A autora revela a importância da existência e adequada preparação de consultores de luto perinatal, enfermeiros, assistentes sociais e capelões, no auxílio aos pais enlutados.

Londa (2010) fala-nos da experiência do Texas, em que em consequência da alteração da lei estatal se passou a incluir um conjunto mais abrangente de intervenções a nível espiritual a fim de ajudar o casal em luto. A alteração da lei determinou que a qualquer feto com 350gr ou mais fosse atribuído um certificado de morte fetal. Nas situações de aborto, interrupção médica da gravidez, nado-morto ou morte neonatal a enfermeira avisa o capelão da situação, que mobiliza uma série de procedimentos para ajudar aqueles pais. Alguns desses procedimentos incluem uma caixa de memórias em que são incluídas fotografias do bebé, um urso de peluche, uma carta de condolência do diretor espiritual e folhetos com informação de grupos de apoio. É “oferecido” aos pais um ritual de bênção (ritual alternativo ao batismo), que é certificado e enviado aos pais. São também convidados para uma celebração anual de memória aos que faleceram “Life to Remember”, em que os pais são convidados a chamar pelo nome dos seus filhos em voz alta e a participar na plantação de uma árvore em sua memória. Nas situações em que os pais professem outra fé que não o cristianismo, o capelão entra em contacto com o representante da sua

comunidade de fé. Segundo a autora estas medidas vieram contribuir positivamente para a vivência mais saudável do processo de luto por estes pais.

Não nos podemos esquecer que as necessidades físicas das mães enlutas são exatamente iguais às das outras mães e como tal não devem ser descuradas. Os enfermeiros devem providenciar repouso, dieta e hidratação adequadas; medicação para a dor e redução de outros sintomas físicos; ensinamentos relativos aos cuidados no puerpério e após a alta. Deve-lhe ser facultada a possibilidade de ser transferida para uma unidade, sem a convivência com choro de outros bebés, o que nesta fase se pode revelar particularmente doloroso (Perry, 2008).

Cardoso (2002, p.32) coloca a questão da alta hospitalar dizendo que “nestes casos é tradicional dar-se alta o mais rápido possível”. Argumenta-se, geralmente, “que a mulher prefere ir embora, que fora da instituição pode ultrapassar melhor a situação com a ajuda dos familiares”. Contudo, persistem sérias dúvidas se o que está em causa não é o “desconforto que os casos de morte perinatal causam à equipa de saúde”.

PARTE II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1- DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

No presente capítulo é realizada a clarificação da investigação, com a apresentação dos seus objetivos e do tipo de estudo, no qual é explanado a opção do paradigma científico. Posteriormente é feita alusão às participantes, instrumento de colheita de dados e sua forma de análise, culminando com os procedimentos éticos e de rigor científico.

1.1– DA PROBLEMÁTICA AOS OBJETIVOS DO ESTUDO

A perda gestacional engloba um conjunto abrangente de situações de perda que se podem verificar ao longo da gestação ou após o parto. A ocorrência deste tipo de perdas sempre existiu na nossa sociedade ocorrendo, na maioria das vezes, de forma inesperada e imprevisível. Esta imprevisibilidade contribui para aumentar o choque sentido pela mulher/casal, provocando enormes dificuldades adaptativas e processos de luto patológico.

Os enfermeiros, apesar de serem os profissionais que mais de perto lidam com estas situações, não estão plenamente conscientes do significado e das implicações deste fenómeno para a mulher/casal que o vivencia, demonstrando também dificuldades em realizar uma intervenção adequada, comprometendo a compreensão e superação deste evento tão trágico da sua vida.

É na procura de uma melhor compreensão da problemática da mulher que vivencia a experiência da perda gestacional e de um maior conhecimento acerca das intervenções de enfermagem mais adequadas para a ajudar, que se enquadra a presente investigação.

Desta forma surgiram como questões de partida para a investigação:

- Como é que as mulheres vivenciam a perda gestacional?
- Qual o significado atribuído pela mulher que vivencia uma perda gestacional, ao desempenho dos enfermeiros?

Para Quivy e Campenhoudt (2008) é através da pergunta de partida que o investigador exprime o que pretende conhecer, devendo para tal obedecer a critérios, sendo estes a clareza, a exequibilidade e a pertinência.

Tendo por base as questões de partida, foram definidos como objetivos do estudo: compreender o significado atribuído pela mulher à vivência da perda gestacional; compreender as reações da mulher à perda gestacional; identificar as experiências subjetivas da mulher que vivencia uma perda gestacional face aos cuidados de enfermagem; e compreender o significado atribuído pela mulher que vivencia uma perda gestacional ao desempenho dos enfermeiros.

Em última instância, a presente investigação tem como objetivo principal a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros às mulheres/casais que vivenciam o fenómeno da perda gestacional.

1.2 - TIPO DE ESTUDO

A presente investigação enquadra-se no paradigma da investigação qualitativa, pois pretende conhecer os significados atribuídos pela mulher ao fenómeno da perda gestacional. Segundo Strauss e Corbin (2009) só através da investigação qualitativa é possível produzir resultados que não seriam possíveis através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. De acordo com Leninger (2007, p.110) os estudos qualitativos “são muito necessários para a obtenção de compreensões profundas acerca de verdades e de significados desconhecidos”, ideia já defendida por Streubert e Carpenter (2002). Segundo Strauss e Corbin (2009, p.19) “os investigadores qualitativos exploram a natureza interior do participante com o maior respeito pela sua perspectiva e espaço”.

Polit, Beck, e Hungler (2001, p. 200) referem que “a pesquisa qualitativa tem sido orientada por inúmeras disciplinas diferentes”, com o desenvolvimento de métodos mais diversificados e adequados à abordagem das questões de interesse. A presente investigação enquadra-se também num estudo fenomenológico pois procura analisar as experiências individuais das mulheres que vivenciam o fenómeno da perda gestacional, procurando compreender o fenómeno, tal qual ele é experienciado e o significado que lhe é atribuído. Van Manen (1990) citado por Queirós, Meireles e Cunha (2007, p.16), refere que do ponto de vista fenomenológico, “investigar é sempre questionar o modo como experienciamos o mundo”. Na opinião do mesmo autor o fenomenólogo, tal como um poeta, dirige o seu olhar para as situações de onde brotam os significados, procurando chegar ao “coração das coisas”, à essência dos fenómenos (Van Manen, 2007).

No respeito pela fenomenologia hermenêutica, e como forma de facilitar o processo interpretativo, foram seguidas orientações apresentadas por Max Van Manen (1997), sendo

estas: orientar o estudo para a natureza da experiência vivida; analisar a experiência, tal qual é vivida, evitando conceptualizações; refletir sobre os temas essenciais que qualificam o fenómeno; recorrer à arte de escrever e reescrever para descrever o fenómeno; comprometer-se com a investigação existencial, mantendo-se fiel ao fenómeno; e analisar os resultados da pesquisa, considerando o todo e as partes.

Para Van-Manen (2006) a escrita qualitativa exige, na procura da compreensão e reconhecimento dos significados vividos, que o investigador esteja atento às palavras do outro, às significações subtis, deixando-se tocar, envolver e guiar pelas mesmas palavras.

Para o efeito, iniciámos a presente investigação pela formulação das perguntas fenomenológicas (que surgiram do interesse e experiência pessoal da investigadora), de forma a definir o fenómeno em estudo e seus objetivos. De seguida, e no sentido de melhor explorar e compreender o fenómeno, procedemos à colheita de dados, obtendo as descrições das vivências pelas participantes; mas também à localização das descrições existentes na literatura. Na procura de maior comprometimento com a reflexão fenomenológica procedemos à análise cuidada das entrevistas e determinação dos temas essenciais que emergiram das descrições, questionando-nos constantemente sobre o significado de cada uma delas para o fenómeno em estudo. Para o efeito foi importante uma atenção especial à linguagem falada pelas participantes, ler o texto várias vezes, escrevendo e reescrevendo, para chegar ao verdadeiro significado da experiência.

1.3– SELEÇÃO DAS PARTICIPANTES

Para a seleção das participantes recorreu-se ao tipo de amostragem intencional, tendo sido possível, ao selecionar os casos a serem incluídos na amostra, determinar inclusão de uma maior variedade de experiências. Strauss e Corbin (2008) falam deste tipo de amostragem aberta dizendo que desta forma “o pesquisador pode procurar pessoas, locais ou factos a partir dos quais possa, propositadamente coletar dados relacionados a categorias, a suas propriedades e dimensões” (p.201). De acordo com Polit et al. (2001) e Streubert e Carpenter (2002) a amostra intencional é a mais utilizada na pesquisa fenomenológica.

A amostra do estudo foi constituída por catorze mulheres que vivenciaram pelo menos uma situação de perda gestacional. A opção de incluir todas as semanas de gestação e tipo de perda prendeu-se com o facto de se acreditar que a vivência deste fenómeno não é inevitavelmente determinada pela idade gestacional ou tempo de vida do

bebé. Como refere Biscaia e Sá (2004, p.4) “um bebé não nasce após 9 meses de gravidez, nasce quando nasce na imaginação dos pais”. Este conceito é particularmente importante, quando pretendemos entender as diferenças existentes no significado de estar grávida para duas mulheres com o mesmo tempo gestacional, ou mesmo as semelhanças encontradas na experiência vivida por mulheres com idades gestacionais diferentes.

Para a escolha das participantes foram selecionados os seguintes critérios de inclusão: terem vivenciado pelo menos uma situação de perda gestacional (independentemente das semanas de gestação e tipo de perda) há mais de dois meses, encontrarem-se acessíveis em termos geográficos, apresentarem disponibilidade para colaborar no estudo e evidenciarem habilidade para refletir e comunicar. O cuidado de selecionar mulheres que tenham vivenciado a perda há mais de dois meses prendeu-se com a sensibilidade por parte da investigadora, em respeitar o espaço e tempo das mulheres para integrarem a sua perda e necessidade de obter das participantes um certo distanciamento do acontecimento para melhor exprimirem a sua vivência, permitindo chegar à essência do fenómeno.

Houve a preocupação de incluir participantes que tivessem vivenciado situações de perda em estadios diferentes de desenvolvimento do feto/RN, de forma a obter uma mais ampla compreensão do fenómeno em estudo e poder fazer emergir um maior leque de significados.

1.4– COLHEITA DE DADOS

Tal como nos refere Polit et al. (2001, p. 208), num estudo fenomenológico “ a principal fonte de dados é a conversação em profundidade”. Por esse motivo foi selecionado como instrumento principal de colheita de dados a entrevista semi-estruturada, procurando não limitar a obtenção de respostas e permitindo desta forma às participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno em estudo. Na opinião de Morse (2007, p. 48), “a entrevista procura elucidar a história do participante”, sendo “contada sequencialmente à medida que os acontecimentos relatados se desenrolam”. Hutchinson e Wilson (2007, p. 295) referenciam que “os dados da entrevista, quando interpretados, fornecem informação valiosa para o desenvolvimento da prática e teoria em enfermagem”.

Na conceção do guião da entrevista foram tidos em conta quatro critérios, descritos por Fick (2005) a não-diretividade, especificidade, a amplitude e profundidade. Para facilitar o envolvimento e colaboração das mulheres no estudo, as entrevistas foram realizadas em

ambientes diferentes, selecionados por elas, onde se sentiam mais confortáveis, procurando o local e ambiente mais propício à entrevista, tal como sugerido por Poupart (2008).

Com o objetivo de compreender o contexto sociodemográfico das participantes foi criado um pequeno questionário com perguntas fechadas, que foi preenchido pelas próprias entrevistadas.

A colheita de dados foi realizada no período compreendido entre e Agosto de 2011 e Maio de 2012. Foram realizadas 14 entrevistas, que foram gravadas com autorização das participantes, com uma duração média de 20 minutos cada, tendo sido posteriormente transcritas. Como as últimas entrevistas analisadas indicavam haver saturação dos dados foi concluída a recolha de dados na décima quarta entrevista.

1.5– ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados iniciou-se pela transcrição da primeira entrevista, passando-se à realização de leituras sucessivas e à categorização do seu conteúdo (em categorias, subcategorias e unidades de registo).

Para facilitar a análise e interpretação dos dados qualitativos recorreu-se ao software “N Vivo” possibilitando um maior controle dos dados qualitativos.

A análise e interpretação dos dados foram validadas por uma perita na área, no sentido de validar a construção das categorias e subcategorias do estudo.

1.6– QUESTÕES ÉTICAS E DE RIGOR CIENTÍFICO DO ESTUDO

Foi intenção inicial da investigadora realizar o presente estudo em contexto hospitalar, tendo sido instruídos, para o efeito, vários pedidos para algumas maternidades do país. No entanto, dada a falta de resposta das instituições em tempo oportuno, optou-se pela realização do presente estudo fora do contexto hospitalar. Por forma a garantir a confidencialidade e proteção dos dados recolhidos, foi instruído o processo na Comissão Nacional de Proteção de Dados (processo. n.º: 2446/2012).

Foi uma preocupação, no contacto com estas mulheres, facultar toda a informação relevante sobre o estudo, de forma verbal e escrita, capacitando-as para optar livremente sobre a sua participação. Foi também uma preocupação no decorrer deste trabalho garantir

a confidencialidade dos dados e anonimato das participantes, tendo sido utilizados códigos de identificação. Em nenhuma situação foram divulgados os dados a pessoas externas à investigação, tal como sugerido por Morse (2007).

As participantes foram informadas da ausência de qualquer contrapartida da sua colaboração na investigação, assim como da possibilidade de suspenderem a sua participação no estudo em qualquer momento.

As entrevistas foram precedidas do consentimento oral e escrito de todas as participantes.

Após a transcrição das entrevistas a informação produzida foi validada com grande parte das participantes e algumas alterações, embora mínimas, foram incluídas na análise, procurando um maior rigor e respeito pelos dados obtidos.

2- APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a recolha de dados e conseqüente análise das entrevistas, procedeu-se à reflexão fenomenológica, procurando interpretar e compreender o fenómeno em estudo. Para tal foi importante ler e reler todas as entrevistas para, desta forma, conseguir identificar os temas essenciais que caracterizam o fenómeno.

Como forma de respeitar o anonimato das participantes, os nomes das mesmas foram retirados, tendo-se optado por designar cada uma delas pelo símbolo “E” de entrevista, seguida de um número, que se refere à ordem com que foram entrevistadas.

De modo a melhor descrever o fenómeno em estudo optou-se por retratar, de forma simples, o perfil das participantes seleccionadas.

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Das catorze participantes que colaboraram no estudo, treze são de nacionalidade portuguesa e uma venezuelana. Os respetivos companheiros são também maioritariamente portugueses, sendo um de nacionalidade brasileira. Um dos companheiros faleceu, dois anos após a perda. A média de idades das mulheres entrevistadas é de 36,6 anos e dos companheiros de 37,6 anos.

Relativamente ao estado civil doze mulheres encontram-se casadas/união de facto, uma mulher divorciada e uma viúva. Das mulheres entrevistadas onze residem em meio urbano e três em meio rural. Todas professam a região católica.

No que respeita às habilitações literárias onze das mulheres participantes são licenciadas, uma possui mestrado, uma um curso técnico-profissional e uma entre o 7º e 9º ano de escolaridade. Quando falamos dos seus cônjuges encontramos mais disparidade, possuindo um deles entre o 5º e 6º ano, um entre o 7º e 9º ano, um entre o 10º e 12º ano, dois um curso técnico-profissional, um possui o bacharelato e sete a licenciatura.

Ao analisar as profissões das mulheres entrevistadas, e tendo por base a classificação portuguesa das profissões de 2011, verificou-se que doze mulheres pertencem ao grupo 2 (especialistas das atividades intelectuais e científicas), uma pertence ao grupo 4

(pessoal administrativo) e uma ao grupo 5 (grupo dos trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores).

Quando analisamos as profissões dos companheiros encontramos mais diversidade. Dois dos companheiros pertencem ao grupo dos representantes do poder legislativo e órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestões executivos; sete ao grupo dos especialistas das atividades intelectuais e científicas; um ao grupo do pessoal administrativo; dois ao grupo dos trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices; e um ao grupo dos operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem.

Treze das mulheres entrevistadas estavam empregadas, sendo que nenhum dos seus companheiros se encontrava desempregados na data da entrevista.

Como principal motivo para a escolha do hospital maternidade referiram a orientação do obstetra. É de salientar que três participantes vivenciaram 2 situações consecutivas de perda gestacional, e duas ainda não possuem filhos vivos.

No que respeita à idade gestacional aquando da perda seis das mulheres entrevistadas passaram por uma situação de perda no primeiro trimestre da sua gravidez, três por uma situação de perda no segundo trimestre e cinco por uma situação de perda no terceiro trimestre. Fazem parte, das situações apresentadas, uma interrupção voluntária da gravidez (no primeiro trimestre), uma interrupção médica, por malformação fetal (no segundo trimestre) e duas situações de morte no período neonatal.

Onze das mulheres entrevistadas referiram que a sua gravidez foi planeada por ambos os progenitores e oito delas planeia engravidar novamente.

Quando justificado, foram questionadas acerca do seu acompanhamento na sala de partos, sendo que cinco destas mulheres referiu ter estado acompanhada (quatro delas pelo marido e uma pela irmã) e duas não tiveram qualquer tipo de acompanhamento. Como causas do não acompanhamento enunciaram o terem sido assistidas no bloco operatório e o não lhe ter sido dada essa oportunidade.

Treze das mulheres inquiridas vigiaram a sua gravidez, tendo oito delas realizado a sua primeira consulta antes de engravidar. Quando questionadas acerca do número de consultas de vigilância, oito mulheres referiram ter realizado 5 ou mais consultas, tendo sido assistidas no médico particular em conjugação com a maternidade ou centro de saúde.

Nove das mulheres participantes no estudo não realizaram diagnóstico pré-natal. Nenhuma delas fumou, ingeriu bebidas alcoólicas ou consumiu drogas, durante a gravidez.

2.2 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise do verbatim das entrevistas foram construídas 8 categorias, nomeadamente: sentimentos vividos pela mulher aquando da tomada de consciência da sua gravidez; o significado da gravidez para a mulher; os sentimentos da mulher perante a perda gestacional; o significado da perda gestacional para a mulher; as atitudes da mulher perante a perda gestacional; as atitudes dos profissionais de saúde percebidos pela mulher com perda gestacional; os “reflexos da perda gestacional” e, as experiências para ultrapassar a perda gestacional.

Ao longo desta apresentação incluíram-se as transcrições de partes das entrevistas que melhor espelhassem a análise realizada.

➤ **Sentimentos vividos pela mulher aquando da tomada de consciência da sua gravidez**

A tomada de consciência de que está grávida é geradora de um conjunto de sentimentos diversos e por vezes contraditórios, que consoante o contexto de cada mulher podem ser muito positivos como de alegria, de felicidade e encantamento, levando Leal (2005, p.9) a referir que a gravidez “encerra, justificadamente, o elemento mágico suficiente para, nem as explicações mais douradas da ciência contemporânea mais sofisticada, fazerem diminuir o encanto e o mistério”; mas também de vulnerabilidades, vivenciando sentimentos de ansiedade, medo, sobressalto.

Após a análise das entrevistas foi possível verificar que, após a tomada de consciência da sua gravidez, as mulheres vivenciam um conjunto de sentimentos, muitas vezes contraditórios. A maioria das mulheres referiu que aquando da tomada de consciência da sua gravidez vivenciaram sentimentos positivos de **alegria** [*“Como foi a primeira gravidez, claro que foi uma alegria muito grande (...) foi sem dúvida uma alegria muito grande.” E1; “... foi uma grande alegria, é maravilhoso saber que temos um feijãozinho a nascer dentro de nós.” E10; “ Foi uma alegria muito grande, pois sempre que eu via uma grávida olhava sempre (...) foi uma alegria saber que tinha ali dois seres.” E11; “Foi muito bom porque nós queríamos muito (...) já tinha preparado tudo para engravidar e foi muito*

*bom quando soubemos que estava grávida.” E6; “ Foi muito bom porque era um bebê muito desejado, era o primeiro e eu fiquei super contente.” E14; “ Foi uma gravidez planeada, ambos queríamos muito este filho e não poderíamos ter ficado mais contentes.” E13, “...fiquei muito contente porque tinha sido planeado.” E3; “ fiquei muito contente, pois todos em casa desejavam esse bebê.” E10, “ Foi uma grande alegria, fiquei muito contente.” E2, “ ... representou também uma grande alegria.” E5], indo de encontro à opinião de Matlárý (2002). Segundo a autora toda a mulher reconhece “a alegria singular daquele primeiro momento estranho, da criança dentro do útero, com poucos meses de gestação (...) da alegria de ver o próprio filho, o que para o ser humano, representa o momento em que se sente mais próximo do ato da criação” (Matlárý, 2002, p. 116). Na perspectiva da autora a maternidade representa a experiência existencial mais profunda na vida da mulher. Sentimento de **felicidade** [“ ... o facto de estar grávida ao mesmo tempo de duas cunhadas foi uma felicidade dupla.” E9; “... foi um momento de grande felicidade.” E6; “ Foi uma felicidade enorme.” E13]. Já Kitzinger (1979, p. 81) considerava que a futura mãe é “a mulher que tem a felicidade dentro dela”, enfatizando os sentimentos positivos que a mulher vivencia neste período tão importante da sua vida. Mas também **encantamento** [“ ... fiquei encantada. Com o tempo a ligação ao bebê torna-se mais forte e mais importante que tudo o resto [o não ter sido planeado.” E12].*

Canavarro (2006) considera que dada a dependência física que a gravidez e os primeiros meses da maternidade trazem para a vida de uma mulher, para assegurar o bem-estar do seu bebê, “a gravidez e maternidade adquirem muitas vezes o significado de um desafio à capacidade de dar e de se descentrar se si própria” (p.34). Para a autora “este desafio, tem sobretudo tonalidades positivas para algumas mulheres, permitindo-lhes pensar na realização pessoal sob forma de dádiva” Canavarro (2006, p. 34).

Apesar de grande parte dos autores serem unânimes relativamente à importância da gravidez para a mulher e aos sentimentos positivos que são vivenciados neste período tão especial, também reconhecem que muitas vezes este período é carregado de vulnerabilidades, anseios, medos e angústias, indo de encontro aos dados emergidos. Segundo Colman e Colman (1994, p. 14) “ A gravidez pode ser simultaneamente gratificante e confusa”.

Através da análise das entrevistas foi possível verificar que, após a tomada de consciência da sua gravidez a mulher vivencia também sentimentos negativos, sendo estes a **ansiedade** [“ senti ansiedade, com receio que algo não corresse bem ou estivesse a faltar com alguma coisa (...) procurei informar-me sobre tudo o que tinha de fazer para que tudo corresse bem.” E5], **o medo** quer da gravidez quer do parto, receando que algo não

corresse bem [*“ Senti medo do parto (...) há tantos partos que correm mal, tanto para a mulher como para o bebé (...) comecei logo com mil e uma preocupações.” E5; “tive medo de os perder [gêmeos], logo desde início. Passei por muito ... foi a dificuldade na gravidez, depois o síndrome de transfusão feto-fetal (...) e a seguir o rebentarem as águas. Seguiu-se o repouso absoluto com medo que acontecesse tudo e mais alguma coisa.” E11], o **sentir-se assustada** por ser um filho muito desejado [*“ Muito assustada com o que pudesse acontecer, talvez pelo facto de ser muito querido.” E5; “ No início fiquei assustada por não ter sido planeado.” E12], ou até mesmo o vivenciar de **um sentimento horrível**, relacionado com o momento da vida conjugal que atravessava [*“ Foi péssimo. Estava a viver uma crise conjugal e a gravidez ia ser, sem dúvida um obstáculo.” E4].***

Leal (2005, p. 10) refere que “ a gravidez já não é um tema inscrito com naturalidade no ciclo de vida, construindo-se antes como um período superinvestido de espera e de reflexão e, também, de alguma complexidade”. Na opinião da autora, a experiência de vivenciar a gravidez do seu, muitas vezes, primeiro e único filho, não traz consigo apenas sentimentos positivos mas também “inevitáveis angústias, dúvidas e hesitações”, indo de encontro aos dados do presente estudo. Para Mendes (2002) esta ambivalência traduz-se na vivência de emoções contraditórias, podendo estas ser de alegria, mas também de apreensão e ansiedade.

➤ **Significado da Gravidez para a mulher**

Canavarro (2006) refere que a experiência de viver a maternidade pode ser “infinitamente variável, em grande medida, dependendo do significado que lhe é atribuído” (p.20), enfatizando a importância de “conhecer as representações (...) sobre a gravidez e maternidade para melhor compreender o comportamento (seja ele ou não adaptativo) de uma mulher grávida ou de uma mulher que é mãe” (p.20).

Para a grande maioria das mulheres a gravidez encerra o grande motivo da sua existência, o poder “ser mãe”; mas também o concretizar de um sonho; do seu objetivo ou projeto de vida, a possibilidade de fazer planos sobre o seu futuro e futuro do seu bebé.

Após a análise das entrevistas foi possível concluir que para grande parte das participantes a gravidez significou o **concretizar de um sonho** “inscrito” desde criança, um sonho muito querido e desejado, [*“ Foi, sem dúvida, o concretizar de um sonho, um sonho muito querido e desejado.” E2; “ Um grande sonho (...) o sonho da maternidade, o vivenciar da experiência mais maravilhosa que se imagina.” E8; “ O que tanto queríamos tinha-se*

*concretizado ali, naquele momento.” E6; “Essa gravidez para mim foi (...) algo que eu já sonhava desde muito pequena.” E7; “O facto de ser algo que desejei desde criança (...) significou o concretizar de um sonho.” E9; “Foi um sonho, porque já estava a tentar a cerca de dois anos e não conseguia.” E1; “Representou o concretizar do nosso sonho.” E13], indo de encontro às opiniões de Bayle (2006) e Gerber-Epstein et al. (2009), que referem que para muitos pais a gravidez representa a concretização de um sonho. Pontes (2008) referencia esta questão do sonho, como uma questão inata que se manifesta e cresce, a partir do momento que tomamos consciência da nossa maturação. Segundo a autora não existe “nenhuma menina que não seja mãe das suas bonecas (...) nem nenhuma adolescente que não idealize, secretamente, frente a um espelho (...) um corpo exageradamente grávido, por detrás de uma almofada que finge guardar o pulsar da vida”. Representou também possibilidade de **ser mãe** [“Representou o poder ser mãe, (...) quando se sabe que se está grávida já se começa a preparar para ser mãe, aliás já se é mãe.” E9; “Significou (...) um desejo muito grande de ser mãe. Aliás já se é mãe quando se sabe que se está grávida.” E8], indo de encontro à opinião de Leal (2005) que refere que mais do que desejar ter um filho, estas mulheres desejam “ser mães”, com tudo o que isso significa. A possibilidade de **fazer planos** sobre a sua gravidez e nascimento do seu bebé [“O facto ... ter uma criança e sonhar já com ela e a pensar como seria daí para a frente, em que dia ia nascer.” E9]. Para Pontes (2008, p. 22) “uma mulher quando se sente grávida, tece pouco a pouco uma teia de fantasias sobre a criança que gera. Desde o nome do bebé às suas feições, à preferência do sexo, à idealização do quarto e do futuro dessa criança”. Um **objetivo de vida** [“O culminar de um relacionamento que nós já tínhamos há muito tempo. Algo que nós queríamos ter em comum (...) foi o apostar dessa vida em comum.” E7; “Sempre adorei crianças, por isso era uma das coisas que estava nos meus objetivos.” E9; “Porque a minha infância e adolescência não tinham sido muito fáceis (...) a gravidez era a minha oportunidade de tentar fazer diferente.” E14] e um **projeto de vida** [“Era um bebé muito desejado (...) era um projeto de vida.” E14; “Representou o concretizar (...) do nosso projeto de vida. Era a nossa menina.” E13].*

Canavarro (2006) confirma os dados encontrados referindo que a “maternidade é um processo que ultrapassa a gravidez. É um projeto a longo prazo... um projeto para toda a vida” (p.19). Leal (2005) corrobora com esta ideia, dizendo que “na nossa cultura cristã ocidental, a Maternidade transcende em tudo a mera gravidez”, assumindo-se “como sendo um projeto a longo prazo” (p.11). A mesma autora fala-nos também do superinvestimento que é colocado na gravidez, concluindo que os pais assumem a gravidez de forma cada vez mais pensada e planeada.

Canavarro (2006) referencia o “instinto maternal”, como um dos fatores determinantes na representação da gravidez. Para Leal (2005) e Mendes (2002, p. 23) a gravidez “encerra a confirmação da identidade sexual da mulher”, surgindo muitas vezes como a confirmação da sua capacidade reprodutiva (Gerber-Epstein et al., 2009).

Bryan e Higgins (2002) afirmam que o desejo da paternidade representa muitas vezes a sua motivação individual de luta contra a morte, configurando a gravidez a confirmação da sua descendência.

➤ **Significado da perda gestacional para a mulher**

Se é verdade que muitíssimas gravidezes terminam, com um “final feliz”, permitindo à mulher/casal ascender à tão desejada e socialmente valorizada parentalidade, a verdade é que nem sempre se assiste a esse final. São muitas as gravidezes que terminam cedo demais, constituindo para os pais vivências e acontecimentos de vida particularmente complexos e difíceis. (Leal, 2005).

São milhares os pais que todos os anos perdem prematuramente os seus filhos, perdas essas que ocorrem grande parte das vezes no contexto de uma gravidez sem intercorrências. Segundo Callister (2006) este facto contribui para ampliar o choque sentido pelos pais perante a notícia, acentuando-se a dificuldade destes em aceitar este evento. Cabral (2005) acrescenta dizendo que a morte inesperada é mais traumatizante colocando obstáculos sérios na elaboração do luto.

O fenómeno da perda gestacional significou para as mulheres entrevistadas o **desmoronar dos planos** já idealizados [*“... foi o desmoronar dos planos... pensei logo que não conseguia ter outro filho” E2*], o **ser difícil voltar a engravidar** [*“ Foi na altura em que soube que o meu marido ia trabalhar para fora (...) já não ia conseguir engravidar tão depressa” E2*], o **desmoronar do sonho** de ser mãe [*“... foi o desaparecer de um sonho... o sonho de ser mãe (...) de repente esse sonho, esse desejo foi por água abaixo.” E9*; *“ A perda foi o terminar do nosso sonho, que era fruto do nosso amor.” E7*; *“ Foi a perda de um grande sonho e o desejo muito grande de ser mãe que naquele momento perdi” E8*; *“ significou o fim dos nossos sonhos” E13*], o **o fim do mundo** para si [*“ Foi o fim do mundo, para mim foi o fim de tudo, eu tinha um projeto, era o meu primeiro bebé e eu estava encantada.” E14*]; *“Foi como se o mundo tivesse desabado naquele momento.” E13*], o **a vida virada do avesso** [*“ Fomos para a ecografia para saber se estava tudo bem, para saber o sexo do bebé e saímos de lá com a vida virada do avesso.” E1*], o **perder uma parte de si** [*“*

*Perdi uma parte de mim. (...) ele mexia-se muito ... brincava. Ele era o mais mexido” E10] , **um mau momento na sua vida**, por ser um filho muito desejado [“ Representou um mau momento na minha vida porque foi uma coisa desejada, algo que nós queríamos mesmo.” E6; “ ... fiz uma ecografia que confirmou que o bebé estava sem vida (...) foi sem dúvida um mau momento da minha vida.” E12] ou mesmo **o pior momento da sua vida** [“ Esse momento foi o pior momento da minha vida, era terrível acreditar que tinha perdido a minha menina ... a minha Inês. E10; “ Como é possível perder-se um filho no fim da gravidez (...) Foi o pior momento da minha vida” E13].*

Por motivos vários, muitas grávidas acabam por deixar a maternidade, conotada como um estado de vida e de alegria, sem trazer os seus filhos nos braços, gerando na mulher/casal um grande sofrimento e dificuldades adaptativas. Segundo Duarte (2010), citando Amperese et al. (2007) a perda de um bebé provoca uma experiência desoladora para a mulher/família que a vivencia.

Para Gerber-Epstein et al. (2009) a gravidez para a mulher representa a concretização de um sonho, porem esse sonho transforma-se em pesadelo quando a gravidez não avança. Para Perry (2008) a fase de sofrimento profundo, vivenciada pela mulher/casal logo após a notícia da morte do seu bebé, é marcada de perda de identidade dos progenitores com pai e mãe e dos seus sonhos relativos à parentalidade. Fonseca (2008) corrobora com esta ideia e com os dados emergidos, acrescentando que a perda trás consigo perdas adicionais de auto-estima e de auto-imagem colocando em causa o seu papel de mulher e de mãe. Perry (2008) referencia que a perda de uma gravidez provoca profundas alterações na imagem corporal da mulher e preocupações acerca da sua fertilidade ou capacidade de gerar uma criança.

A experiência do aborto enfraquece o conceito de fertilidade da mulher (Gerber-Epstein et al., 2009), facto que adquire outra importância quando se trata de uma primeira gravidez. Segundo Gerber-Epstein et al. (2009) a experiência de abortar numa primeira gravidez é qualitativamente diferente de abortar em gravidezes subsequentes, tratando-se da passagem da esterilidade para a maternidade. Uma mulher que não consegue criar uma nova vida sente que o seu corpo a dececiona e vesse como deficiente e defeituosa. Também o facto de se acreditar que a infertilidade é essencialmente um problema da mulher, aliada à importância que a própria sociedade confere à maternidade, pode levar à intensificação dos seus sentimentos de inferioridade.

➤ **Sentimentos da mulher perante a perda gestacional**

As mulheres que experienciam a perda da sua gestação, vivenciam uma experiência solitária e incomunicável (Franco, 2009). Segundo a mesma autora “ Quando nasce um bebê nasce também uma mãe, podendo-se inferir que a gravidez interrompida leva a uma maternidade igualmente interrompida” (Franco, 2009, p. 9).

As mães entrevistadas demonstraram que, perante o diagnóstico de perda da sua gravidez sentiram: **tristeza** [*“ Senti uma grande tristeza (...) parece que só me acontece a mim ...” E2; “Não me senti culpada porque a perda esteve associada a um problema de saúde (...) mas senti uma enorme tristeza.” E5; “ apesar de não ter criado grande expectativa sobre a gravidez (...) senti uma tristeza grande.” E3; “ Quando já estava afeiçoada à ideia e a começar a iludir-me com a ideia de vir a ser mãe, aconteceu! Foi muito triste”. E12; “ Sei que senti uma tristeza muito grande ...” E8 ; “ Tive muitos pensamentos ... senti tristeza” E10 , “ senti uma grande tristeza ... E11] , **frustração** por não ser capaz de gerar uma criança [*“ Senti uma enorme frustração (...) eu queria tanto um filho e não consegui... não era capaz de gerar uma criança.” E2] , **um aperto no coração** [*“ ... sempre que via uma grávida dava-me um aperto no coração. (...) uma pessoa lembra-se sempre.” E2] , **um forte abalo psicológico** [*“ Neste momento eu consigo falar sobre a situação (...) mas foi um grande abalo psicológico.” E2] , **apatia** [*“ Fiquei apática, meia dormente. Todo o corpo fica meio dormente...” E7] , **pânico** [*“ Pressenti que algo não estava bem... entrei logo em pânico...” E9] , **desespero** [*“ Foi um desespero muito grande, não consigo descrever melhor.” E9; “ ... senti ... desespero...” E10] , **culpa** pelo sucedido [*“ Na minha primeira ida à maternidade (...) apesar de não ter criado uma grande expectativa sobre a gravidez, naquele momento senti-me a única culpada pelo sucedido.” E3; “ Pensei (...) será que o estado de tristeza dos primeiros dias influenciou este desfecho?! (...) senti-me um pouco culpada” E12] , **premunção** perante a perda do seu bebê [*“ Nesse dia (...) pressenti que alguma coisa estava a correr mal e verificou-se que o meu bebê não se estava a desenvolver.” E9; “... mesmo antes de ele [o obstetra] me dizer, na realização da ecografia, que não havia batimentos cardíacos, eu apercebi-me. Foi um sentimento difícil de descrever.” E8; “ Eu é que questioneei o médico mesmo antes de saber que ele estava morto. Perante a cara que estava a fazer, enquanto fazia a ecografia, supus logo que ele estaria morto.” E7; “ O meu marido foi vê-los à UCIRN já era noite e ele vinha muito abatido, mas disse-me que eles estavam bem... mas eu vi logo que havia ali alguma coisa.” E11; “ A senhora enfermeira teve muita dificuldade em avaliar o foco ... suspeitei logo que algo não podia estar bem.” E13] , uma forte **desilusão** pela não concretização do seu sonho [*“ ... fui todo o caminho a pensar que o meu sonho de ser mãe não se ia realizar, já não estava a**********

crescer uma vida dentro de mim...” E9; “Fui informada pelo médico assistente (...) aquando da segunda consulta, que não conseguia ouvir o coração do bebé (...) senti uma desilusão total!” E12], ter **algo esquisito dentro de si** [“Dentro de mim já não tinha uma criança, tinha algo esquisito que já não era uma criança e foi bastante difícil.” E9], **choque** [“O primeiro sinal que eu tive que as coisas poderiam não estar bem foi numa ecografia morfológica, por volta das 21 semanas em que a médica diagnosticou um nanismo e me disse que teria de interromper (...) foi um choque muito grande” E1; “... a morte de um filho é sempre uma situação muito difícil. Foi um choque, é como eu caracterizo melhor, foi um choque.” E5; “fiquei em choque ... isto não me estava a acontecer.” E13; “Foi um choque muito grande, nunca se está à espera.” E8; “Às 10 semanas fui observada na maternidade e [a médica] não demorou muito a utilizar a expressão “é uma gravidez não evolutiva... foi um choque!” E3], sentimento de **perda** [“... foi mesmo aquele sentimento de perda.” E5; “Perdi uma parte de mim...” E4], **vontade de morrer** [“Senti que o mundo estava a acabar, a sensação é de que se quer morrer naquele momento, que não se quer mais viver.” E14; “o que me apetecia naquele momento era morrer.” E13], **um sofrimento imenso** [“Eu já o sentia e saber que com mais 3 ou 4 semanas já conseguia sobreviver e que isso não ia acontecer foi horrível, muito doloroso (...) ele era tudo para mim, por isso foi horrível.” E14; “Foram momentos de um grande desespero, de um enorme sofrimento.” E13; “Foi horrível mesmo, porque não se está à espera.” E6], **revolta** para consigo e para com Deus [“Primeiro revoltei-me comigo própria, depois revoltei-me com Deus.” E14; “Pensei porque é que a vida tem de acabar agora assim, porque é que tem de ser assim?!” E1; “Questionei-me porquê a mim, fiz tudo conforme e médica tinha solicitado ...” E10], uma **profunda sensação de vazio** [“a situação foi difícil... completamente inesperada (...) senti uma profunda sensação de vazio” E5; “senti (...) um vazio muito grande (...) não conseguia pensar em mais nada...” E8; “Significou um enorme vazio dentro de mim.” E12], **dores horríveis** pelas contrações [“A primeira noite foi horrorosa, com contrações fortíssimas e eu sem saber sequer se podia tomar alguma medicação para aliviar estas dores.” E3], **medo** [“Fizeram eco e confirmaram que o coração do bebé não tinha batimentos cardíacos (...) senti ... medo” E10], **sentir que só lhe acontece a si** [“Parece que só me acontece a mim.” E2; “Pensei essencialmente como é que isto me está a acontecer a mim...” E1] e **sentir-se uma assassina** [“No fim desse tempo de espera tive de ser eu a colocar os comprimidos (...) pensei que estava a matar a criança apesar de saber que não era assim...” E2].

Para Gesteira et al. (2006) e Perry (2008) a morte constitui uma das experiências mais traumáticas para o ser humano, representando, para o indivíduo que a vivência, uma fonte de dor, tristeza, solidão, medo e insegurança. Para as autoras a perda de um filho “implica um tipo particular de luto”, sendo marcado por “muita culpa e revolta” (Gesteira et

al., 2006, p.465). Perry (2008), refere que a perda para a mulher/casal é marcada por estado de forte perturbação e dor profunda, acrescentando que são frequentes as vivências de confusão, choque e entorpecimento, descrença e negação da situação, culpa e raiva, sendo também possível a ausência de qualquer manifestação de emoções, como a apatia.

Nos últimos anos passou-se de “uma família alargada à família nuclear e desta à família monoparental” (p.15), com isto “ a mãe, dadora de afeto, passou a mãe prestadora de cuidados” (p.15), sendo culpabilizada socialmente por tudo o que acontece ou não ao seu filho (Leal, 2005). Este sentimento de culpabilização poderá estar aumentado na mulher que vivencia a perda por ser ela que carrega o bebé no ventre, sentindo-se responsável pelo desfecho (Callister, 2006); mas também nos casos em que a mulher não desejou a gravidez ou adotou comportamentos de risco (como fumar, beber, trabalhar em demasia) (Rolim & Canavarro, 2006). Esta situação pode levar a mulher a percecionar a perda como punição pelos atos praticados, intensificando o sentimento de culpa (Rolim & Canavarro, 2006).

Fonseca (2008) e Canavarro (2006) identificaram as principais manifestações presentes numa situação de perda perinatal, indo de encontro aos dados emergidos no presente estudo, sendo muitas destas de natureza afetiva (como sentimentos de tristeza, solidão, culpa, raiva, ansiedade, choque, desespero) fisiológica (aperto no peito, nó na garganta), cognitiva (sensação de presença da criança, baixa auto-estima, dificuldades de concentração, confusão) e comportamental. Schott et al. (2007) e Perry (2008) chegaram a conclusões semelhantes, acrescentando os sentimentos de culpa e agressividade para com os profissionais de saúde, parentes, amigos, para com o bebé que morreu e para com Deus. Segundo Fonseca (2008), o facto de a sociedade percecionar a gravidez como um processo normal e sem complicações, tende a dificultar a aceitação do sucedido e a intensificar os seus sentimentos de culpa.

O estudo de Abboud e Liamputtong (2003) cit. por Gerber-Epstein et al. (2009), concluiu que após a vivência de um aborto precoce, grande parte das participantes (70%) relataram situações de trauma, incluindo ansiedade, dificuldade em adormecer, medo e afastamento, indo de encontro aos dados da presente investigação.

De acordo com os trabalhos de Weiner (1984), cit. na obra de Canavarro (2006), fazem parte da vivência do processo de luto, sentimentos de apatia, descrédito pelo sucedido, insónias, náuseas, sensação geral de desconforto, sintomas depressivos, ausência de interesse pelas atividades vitais, alterações do comportamento, sentimentos de raiva e culpabilização. Rolim e Canavarro (2006) acrescentam os sentimentos de desespero e as dificuldades ao nível das relações interpessoais.

Sentimentos de irresponsável e assassina, estão muitas vezes relacionados com processos de interrupção da gravidez, pelo impacto que essa situação tem sobre a sociedade (Kumar et al., 2009).

Callister (2006) referencia que perante uma situação de perda gestacional, para além do sofrimento pela morte do bebé, sentimentos adicionais exacerbam o sentimento de luto, tais como a perda de auto-estima, a sensação de vazio, a perda dos sonhos e de esperança de garantir a descendência.

A manifestação exagerada, com excessiva intensidade, das respostas do luto, podem estar relacionadas com formas não adaptativas de resposta ao luto, designado por Worden (2001) cit. por Rolim e Canavarro (2006), como “luto exagerado”.

Do presente estudo emergiu o sentimento de “premunição” não encontrado no trabalho desenvolvidos pelos autores estudados.

➤ **Atitudes da mulher perante a perda gestacional**

A perda de uma gestação constitui uma experiência aguda de dor para os pais, que aguardam o nascimento de uma criança saudável. Esta perda, significa a perda da sua identidade como pais e a perda dos seus sonhos e expectativas. Segundo Perry (2008) a reação imediata dos pais à morte do seu bebé é revestida de comoção e dor profunda. São frequentes as crises de choro e grande exteriorização de emoções. No entanto também é possível ocorrer a ausência de manifestações de afetos e grande calma, indiciando normalmente desorientação, negação ou uma forma particular de lidar com o evento.

Perante a realidade da perda do seu bebé as mulheres entrevistadas vivenciam o fenómeno através de atitudes diferentes sendo estas: **Chorar** [*“Chorei muito (...) como é que isto acontece numa primeira gravidez, num bebé muito desejado.” E1; “Chorei muito... chorei muito muito! (...) desfiz-me em lágrimas lá no consultório.” E2; “Chorei, chorei muito. Lembro-me que mesmo nessa altura [da notícia] recebi uma mensagem de uma colega a dar-me os parabéns pelos bebés... foi uma mistura de sentimentos muito complicada.” E11; “Quando cheguei ao carro e me vi sozinha, vim todo o caminho a chorar...” E6; “foi o tomar consciência do que me estava a acontecer e comecei a chorar ... foi impossível conter.” E13; “Comecei logo a chorar, foi um desespero imenso.” E9; “... tive os meus momentos de choro” E3], **não conseguir ir trabalhar** [*“Tive um mês muito difícil, não fui trabalhar nem nada (...) Estive um mês em casa porque não conseguia trabalhar.” E2], **isolar-se** [*“Estava***

a trabalhar e fui logo para casa” E9], **gritar** [“ Comecei a gritar, entrei em histeria (...). Gritei muito mesmo”. E14], **ficar incrédula** perante a notícia [“ Todo o corpo fica meio dormente, parece que é mentira”. E7; “ quando ela [a médica] estava a fazer a ecografia percebeu que não ouvia nem via o coração do bebé (...) foi difícil acreditar.” E6; “A verdade é que no início não acreditei, porque achava que sentia a bebé mexer.” E5; “ No início não acreditei (...) fiquei estática sem saber o que fazer.” E10; “ Tive dificuldades em acreditar que ela não estava viva.” E10; “ Nunca pensei que me pudesse acontecer (...) eu nem queria acreditar.” E13], **levar meses a recompor-se** da perda [“Ele era tudo para mim, levei muitos meses a conseguir recompor-me minimamente.” E14], **tentar procurar explicações** para o sucedido [“ na altura era o que eu queria, uma explicação concreta (...) quando cheguei ao carro vim todo o caminho a (...) tentar procurar explicações (...) porque razão aquilo aconteceu (...) na altura o que eu queria era uma explicação concreta.” E6], **ficar em silêncio** [“ Quando saímos do hospital, lembro-me que não falámos durante o caminho (...) mais tarde é que consegui começar a falar sobre o assunto”. E7] e **recusar aceitar** a perda [“... foi muito difícil, não aceitava de maneira nenhuma.” E14; “ O primeiro que pensei foi porquê?... porquê a mim?” E12].

Corbet-Ower and Kruger (2003) cit. por Gerber-Epstein et al. (2009), no seu estudo sobre o impacto do aborto na mulher, constataram que as mulheres expressam a necessidade de entenderem a sua perda e de a lamentarem para poderem recuperar.

Fonseca (2008) e Canavarro (2006) identificam o choro e isolamento como manifestações comportamentais presentes numa situação de perda, dados que vão de encontro ao estudo realizado. Duarte (2010) reconhece também a atitude de isolamento, dizendo que “os pais acabam por sofrer estes danos calados, uma vez que as demais pessoas não compreendem a amplitude da sua dor” (Duarte, 2010, p. 163, citando Amperes et al., 2007). Segundo Schott et al. (2007) e Perry (2008) são também frequentes sentimentos de dormência/ alienação, sentindo que estão a viver um pesadelo. Perry (2008) e Canavarro (2006) citando Weiner (1984) acrescentam os sentimentos de descrença e negação da situação, dizendo que são sentimentos frequentes e fazem parte da vivência do processo de luto.

De acordo com Rolim e Canavarro (2006) o facto de a perda entrar em conflito com a ordem natural do ciclo de vida, torna mais difícil a aceitação da morte do bebé.

➤ **Atitudes dos profissionais percebidos pela mulher com perda gestacional**

Segundo Franco (2009), as mães que vivenciam uma experiência de perda gestacional evidenciam “ a necessidade de preparar os profissionais de saúde, em especial aqueles que lidam com situações extremas, no que diz respeito às relações humana, para que exerçam o seu ofício sem perder a vivência do outro” (p.10).

Os enfermeiros que lidam constantemente com o início da vida, e muito raramente com a morte, podem sentir dificuldades em serem assertivos com uma mulher/casal que enfrenta uma situação de morte perinatal, isto porque contactam com estes em momentos únicos, particularmente difíceis para ambas as partes. Contudo, o enfermeiro pelo facto de ser um profissional de saúde deverá corresponder com atitudes e comportamentos profissionais, auxiliando os pais na aceitação e elaboração deste evento.

Após a análise das entrevistas foi possível ficar a conhecer a percepção que as mulheres têm sobre os cuidados que lhe foram prestados.

Como cuidados individualizados as mulheres referenciaram o **toque terapêutico** [*“Durante a interrupção, o toque da enfermeira no meu ombro.” E4*], a **atenção** demonstrada pelos profissionais [*“ Eu cada vez que lá ia, ela [a médica] falava sempre comigo... foi atenciosa mesmo.” E2*; *“ As enfermeiras (...) foram sempre muito atenciosas” E6*; *“ julgo que o que recebi foi o mais importante (...) foram atenciosos comigo.” E4*], a **empatia** transmitida [*“ Para mim os enfermeiros foram os profissionais que conseguiram transmitir mais empatia, talvez pelo facto de serem os profissionais mais treinados para o efeito”. E5*; *“Tiveram uma atitude de compreensão pelo que estava a viver.” E4*], o **dar apoio** [*“A médica (...) esteve sempre a dar-me apoio, foi impecável” E2*; *“ Ela acabou a ecografia e disse-me “tenha calma, não fique triste... embora dê para ficar triste” (...) Ela foi querida, muito querida mesmo.” E6*; *“ A enfermeira foi simpática, teve uma atitude de apoio ... gostei muito.” E7*; *“Senti apoio... no que respeita à enfermeira é muito reconfortante pensar nela.” E14*], o **“estar com”** ela nesse momento tão difícil [*“ Eu desfiz-me em lágrimas lá no consultório e ela esteve comigo.” E2*; *“ o médico que me acompanhou neste parto (...) esteve sempre ao meu lado (...) marcou-me muito, ele esteve ao meu lado do início ao fim.” E10*], o **prestar a informação necessária** [*“ o médico que me acompanhou neste parto, que realmente foi normal com contrações terríveis, explicou-me como tudo se iria passar, o que ia sentir (...) deu-me forças para enfrentar toda aquela situação.” E10*], o **partilhar vivências semelhantes** [*“Recordo-me do enfermeiro ter acabado por me contar a história da irmã que tinha passado pelo mesmo (...) foi reconfortante.” E3*; *“ O facto de colocarem lá [no quarto]*

uma senhora que também estava na mesma situação, foi importante ... senti-me compreendida.” E9], o **conversar** com ela [“A médica (...) este sempre comigo a falar, a conversar, a dar-me apoio... foi impecável.” E2; “ Outra situação que recordei foi a colheita de sangue (...) recordei que o enfermeiro foi sempre o mesmo (...) embora o tempo de conversa não tenha sido longo, recordei-me que achei muito simpático ter-se lembrado, ter perguntado (...). Foi uma situação que me deu algum conforto.” E3; “ Eu recordei-me até de uma médica que me perguntou se tinha mais filhos e me disse que nenhum substitui o outro, todas as perdas nos custam. Uma perda custa e que se realmente era uma coisa que eu desejava não perdesse a esperança (...) Eu gostei muito do diálogo dela.” E6], o **respeitar a sua dor afastando-a de outras mulheres grávidas ou com filhos vivos** [“ Tentaram-me reservar um pouco, colocaram-me num quarto com outra senhora que estava na mesma situação, longe do contacto com outras grávidas. O facto de me reservarem um pouco foi importante para mim, porque naquele momento ver alguém grávida era muito triste, era como que acentuar a minha perda.” E9; “ Uma coisa que recordei e que foi importante foi terem-me resguardado das outras mulheres que já tinha tido os seus filhos. Teria sido muito difícil o contacto com os outros bebés.” E13; “ Estive num piso um bocadinho à parte das outras senhoras que tinham bebés e isso foi importante.” E1], a **disponibilidade** demonstrada [“ Falei com uma enfermeira que foi excepcional. Depois de lhe contar o que tinha passado, questionou-me se não queria aparecer apenas para conversar. Disponibilizou-se de imediato para estar algum tempo comigo.” E3; “ Colocaram-me à vontade, se eu precisasse que elas estavam lá (...) disponibilizaram-se para o que fosse preciso.” E9; “As enfermeiras... disseram-me que estavam ali para ajudar.” E6; “ Durante a interrupção (...) a atitude do médico que me disse “se precisar de ajuda venha cá” foi importante” E4; “ Quando cheguei ao quarto, foram sempre muito atenciosas, disseram que estavam ali para ajudar. Foram impecáveis.” E6; “ Os enfermeiros mostraram-se disponíveis para ajudar (...) penso que a maior proximidade e disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros se deve não só ao facto de estarem mais habituados a lidar com estas situações, mas também pelo tempo que passam com as pacientes.” E12], o **ambiente de proximidade** criado [“ As enfermeiras tentaram sempre criar um clima de proximidade e agradável. Colocaram-se na brincadeira comigo.” E6; “[as enfermeiras] foram acolhedoras e isso foi importante” E4], o fazerem tudo ao seu alcance para **aliviar a dor** [“...mesmo na dor física fizeram tudo para que não tivesse dor.” E9], **promover o conforto** [“ uma das enfermeiras viu-me levantada e disse-me: “levantou-se para quê? Chamava que nós levávamos-lhe, o que é que precisa? Quer um chazinho?” (...) Queriam que eu estivesse confortável. Acho que foi uma atitude muito correta”. E7], **fomentarem a presença do seu marido/companheiro** [“ O facto de deixarem o meu marido estar comigo foi importante. Foi algo de positivo que me foi oferecido.” E9], o **carinho** transmitido [“Com a enfermeira foi

diferente. *Eu lembro-me que foi ela que trouxe o meu filho e recordo que ela o trouxe com um carinho muito grande, com uma delicadeza muito grande.*” E14; “ ... o médico ... foi carinhoso comigo ... grande médico, este sim tinha sentimentos pelos seus doentes. Se o encontrasse na rua tenho a certeza que o reconheceria.” E10; “ Foi um tratamento muito suave e carinhoso, principalmente na sala de partos.” E1; “ Senti (...) carinho, por serem meus colegas de profissão.” E4; “ Senti carinho por parte dos enfermeiros e inclusive do anestesista.” E12], o **aconchegar o bebé apesar de morto** [“ Ainda hoje é reconfortante lembrar-me dela como a pessoa que estava a aconchegar o meu filho.” E14], o **mostrar o bebé** [“ Foi-me dada oportunidade de ver o bebé (...) eu nem respondi, estava num estado lastimável. Mas mesmo assim a enfermeira veio mostrar-mo e foi muito bom, porque fiquei com a imagem do meu filho que depois foi importante para mim” (...) foi reconfortante (...) Marcou-me positivamente a atitude da enfermeira (...) o ela mostrar-mo e dizer-me que ele era bonito.” E14] ou apenas a **disponibilidade para o mostrarem** [“ Perguntaram-me se eu o queria ver e eu disse que não (...) O que nos motivou a não ver foi o facto de ser uma malformação.” E1; “ [relativamente à possibilidade de ver o bebé] Deram-me a escolher. Eu precisava de ver para acreditar que era verdade. Achei que ela era linda, ainda hoje a consigo imaginar nesse momento.” E10; “ Depois do parto a enfermeira perguntou-me se queria ver o bebé e eu na altura disse que não, mas depois arrependi-me. Hoje sei que teria sido importante.” E13].

De acordo com Perry (2008) grande parte das famílias não sabem o que necessitam na altura da perda, procurando por isso o apoio e a compreensão das equipas médicas e de enfermagem, durante o período de luto. É da função dos enfermeiros prestar cuidados à mulher/casal que passa por este tipo de vivência, colocando de lado os seus próprios valores e crenças e respeitando os valores e crenças da mulher/casal/família; providenciando um ambiente seguro; escutando ativamente e empaticamente; informando o casal de todas as questões relativas à situação; e identificando os pais em risco de desenvolver um processo de luto patológico.

Cuidar é sem dúvida a palavra-chave do exercício da enfermagem, afirmada por Collière (1999, p.235) que nos diz que “cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto da vida”.

Cabral (2005) objetiva alguns cuidados que se revelam importantes no cuidado à mulher/ família em luto, sendo estes o facultar informação necessária, de forma completa e detalhada, ao casal em simultâneo, disponibilizando um elemento da equipa para esclarecimentos futuros; mostrar compreensão, sensibilidade e consternação para com a vivência do casal; sensibilizar os pais para a importância do contacto com o bebé, mas sem

impor; proporcionar privacidade para a tríade e o tempo necessário para se despedirem, possibilitando que outros familiares possam ver o bebê a fim de validarem a sua existência; escutar ativamente os pais; prestar apoio, cuidado e compreensão ao casal em luto; evitar situações que possam ser sentidas como desvalorização da situação e sofrimento dos pais, como o uso de frases tipo: “o tempo cura tudo”, “pode sempre ter outro filho”. Limbo e Wheeler (2003) revelam que a intervenção clínica junto do casal deve assentar numa postura de empatia, compreensão e interesse, comunicando através de mensagens sensíveis.

Cabral (2005) citando Kenner e Klaus (1993), e Carvalho e Meyer (2007) referenciam a importância da presença do pai, junto da mãe, principalmente durante a noite. A união do casal revela-se extremamente importante, para que se apoiem mutuamente e encontrem forças para ultrapassar a perda.

A possibilidade de ver o bebê é referenciado por muitos autores e no presente estudo como uma atitude extremamente importante para a mulher que vivencia um processo de perda. Perry (2008) e Cabral (2005) corroboram a ideia chamando a atenção para a importância do enfermeiro cuidar do aspeto do bebê como se de um bebê vivo se tratasse, transmitindo a ideia de que foi tratado de forma especial. Consideram também importante facultar objetos do bebê e informações que possam ajudar os pais a sentirem que o bebê de facto existiu. Cabral (2005) referencia também a importância da partilha de experiências semelhantes, para os pais enlutados, referindo que os grupos de auto-ajuda são uma fonte valiosíssima de suporte que deve ser referenciada aos pais pelos profissionais. Também não devem ser descorados os cuidados de conforto, facultando medicação para a dor; providenciando repouso, dieta e hidratação adequadas; oferecendo a possibilidade de ser internada numa unidade, longe da convivência com outros bebês (Perry, 2008).

A contrastar com as atitudes acima referidas, as mulheres referenciaram alguns cuidados que consideraram desumanizados ou mesmo negligentes, sendo estes o **fazerem uma curetagem sem anestesia** [*“E ela depois fez-me uma curetagem sem me dar anestesia, que foi uma coisa horrível, mesmo horrível, sofri muito (...) quando soube que poderia ter sido diferente fiquei revoltada.” E 14*], **colocarem-na num quarto com outras mulheres que tinham filhos vivos** [*“Em relação ao acompanhamento na situação houve algo que me chocou muito. Disseram-me que não havia quartos sem ninguém e eu estive no quarto com duas raparigas que tinham bebês e para mim foi muito doloroso estar nesse quarto”. (...) Estar com mulheres que tinham os seus bebês, quando eu tinha acabado de perder o meu... foi muito doloroso.” E14*], **não fornecerem informação sobre legislação** [*“... outra coisa que me deixou aborrecida. Por lei tenho direito a ficar em casa, durante um*

mês. Esta situação só me foi comunicada na segunda ida à maternidade (...) Ter-me-ia sido muito mais útil estar na primeira semana em casa (...) Relembro que as noites eram passadas com dores muito fortes, a dormir muito pouco e a ir trabalhar no dia seguinte ...” E3] , **não fornecerem medicação para a dor** [“ A medicação causa contrações e imensas dores, para as quais ninguém me tinha preparado (...) e eu sem saber se poderia tomar alguma medicação para aliviar as dores”. E3; “ Naquele momento queria que a minha dor fosse aliviada e isso não aconteceu (...) depois na altura em que eu estava muito aflita com as contrações toquei à campainha e veio uma auxiliar que me disse “ a senhora enfermeira disse que tem de aguentar, que não lhe pode dar nada”. Essas coisas não se esquecem.” E8] , **não mostrar o bebé** [“Na altura da expulsão debrucei-me para o ver e lembro-me que a colega me disse que era melhor não ver, porque ele não vinha em muito bom estado (...) senti tristeza e uma enorme sensação de vazio.” E5 ; “ Não me foi dada a oportunidade e eu queria ver o bebé.” E7 ; “ Na primeira ecografia foi-me dada a oportunidade de ver o bebé no ecrã, o mesmo não aconteceu quinze dias depois na ecografia feita na maternidade. Hoje penso que gostaria de o ter visto, pois fico sem saber se o coração que eu tinha visto bater quinze dias antes, estaria ou não ainda a bater.” E3; Ele [o marido] foi ao serviço e despediu-se dele, coisa que eu não pude fazer, pois só o soube no outro dia. A enfermeira achou que não me devia ser dada a notícia nesse momento. (...) aquilo que eu tinha esperado mesmo é que me tivessem deixado vê-lo vivo (...) eu gostava muito de o ter visto em vida ... isso é que me fez muita falta.”E11] , a **falta de acompanhamento** dos profissionais de saúde [“ Não tive qualquer acompanhamento [médico] posterior”. E3 ; “ Senti pouco apoio...” E10], **não prestarem informação** necessária sobre o que se ia passar [“ Gostava de ter tido mais informação sobre o processo de aborto terapêutico, o que iria sentir e o que poderia fazer para o colmatar.” E3], atitudes de **indiferença** [“ Os médicos não falavam nada sobre os sentimentos, aplicaram o misoprostol, prescreveram a medicação para a dor e foram-se embora.” E5; “ Lembro-me de sentir alguma indiferença por parte da minha médica, como que desvalorizando a situação, simplesmente porque “é normal”. Para mim não era normal.” E3] , o **evitar falar da situação** [“Senti alguma atitude de evitamento... talvez por eles próprios não saberem o que fazer. Mas o que nós precisamos é que nos ouçam, que ouçam os nossos silêncios e o que temos para dizer... foi talvez disso que senti mais falta.” E13; “ Na vivência da perda tive pouco contacto com os profissionais, houve pouca gente que tenha ido ter comigo. (...) [os profissionais] nunca falaram comigo.” E11], **ignorar o sofrimento** [“ gostaria que não ignorasse o meu sofrimento e que me ouvissem.” E13; “ Falámos do futuro (...) sem valorizar o que me tinha acontecido” E12] , a **frieza** de muitos profissionais [“ a médica que me fez a ecografia disse-me “o seu bebé está morto”, assim mesmo.” E5; “ a enfermeira (...) teve a coragem de me dizer que apenas tinha de passar por um parto normal, ter as dores normais de um parto,

*mas que depois ficaria tudo bem. (...) achei que era uma pessoa fria e sem sentimentos.” E10; “ Ele [o meu marido] contou que mal chegou a casa recebeu um telefonema a dizer que o bebé tinha falecido e disse que quem deu a notícia foi um bocado frio... disse-lhe “você é que é pai dos gémeos? O seu bebé faleceu” E11; “ ... notei nos profissionais uma certa frieza.” E8] e o **uso de expressões que magoaram** [“ Atendendo à minha situação, de trabalhar em casa, acho que fui bem tratada, apesar de alguns colegas [enfermeiros] e auxiliares dizerem “deixa lá, és nova”, “podes ter outro”, essas frases foram as frases que mais me magoaram.” E5; “ As palavras da enfermeira foram frias e desumanas, para quem acaba de receber a notícia de que perdeu um filho, ainda mais que estava no fim da gravidez.” E10; “ o que me marcou mais foi (...) ouvir aquelas coisas todas “ tu ainda és jovem”, “ ainda podes tentar outra vez”, custou-me muito ouvir. Mesmo quando fui ao centro de transfusão feto-fetal houve alguém que me disse “se isto correr mal, lembra-te que ainda é só uma coisinha que aí está”, mas eu já não pensava assim, já eram dois filhos que eu tinha ali dentro.” E11; “ Marcaram-me as expressões do “és nova, podes ter outro”, “estas coisas acontecem”. O mais importante não é dizer que estatisticamente não vai acontecer, até porque quem é que sabe que é assim que vai ser?!” E13].*

Os enfermeiros desempenham um papel fundamental, quando os pais se apercebem da experiência da perda, podendo “fazer toda a diferença no modo como esses pais vão experienciar esses dolorosos momentos e dar início ao seu processo de luto”, (Cabral, 2005, p.84). Apesar da inquestionável importância de um correto acompanhamento a estes pais que vivenciam este tipo de experiência, a verdade é que muitas vezes ele não é conseguido, informação que também emerge do estudo realizado. Da análise das entrevistas realizadas é notório um forte descontentamento pelos cuidados prestados, refletido através dos relatos de atitudes consideradas desumanizadas ou até mesmo negligentes.

St. John et al. (2006) no seu estudo concluiu que, muitas mulheres que passaram pelo processo de perda demonstraram falta de apoio por parte dos profissionais de saúde. Acrescenta dizendo que a falta de cuidados e de apoio disponíveis levam muitas vezes, estas mulheres a procurar apoio fora das instituições hospitalares.

Os resultados de Rowlands e Lee (2010), sobre a conduta dos profissionais nos cuidados às mulheres que vivenciam a experiência do aborto são sobreponíveis, referindo como aspetos negativos referenciados pelas mulheres a falta de informação, os comentários insensíveis e a falta de empatia durante o tratamento. Layne (2006) enfatiza o evitamento dos profissionais de saúde em abordar o tema da perda gestacional, referindo a pouca informação oral e escrita que é disponibilizada aos pais.

Cabral (2005), baseada em Cullberg (1972) constatou que, pelas dificuldades que os profissionais de saúde que lidam com estes casos enfrentam, os enfermeiros agem de três modos distintos: evitando a situação; projetando sentimentos pessoais sobre a utente/família, de forma agressiva ou acusatória; e negando ou consertando magicamente, com expressões como “esqueça isso...”, “pode ter outro filho...” ou simplesmente administrando altas doses de sedativos. Relativamente ao evitar falar da situação, St. John et al. (2006) concluíram no estudo que todas as mulheres gostariam de ter tido alguém para conversar e muitas vezes se sentiram isoladas e sem apoio. Canavarro (2006) refere que o evitamento por parte dos profissionais de saúde materna em falar sobre a perda, se deve em grande parte à falta de conhecimentos sobre o processo de luto, pensando que desta forma não lembram a mãe da morte do seu bebé, criando-se uma espécie de “conspiração do silêncio” (p.285). Segundo a autora, esta situação pode acentuar a dificuldade da mulher em aceitar o evento e atrasar o seu processo de luto (Canavarro, 2006).

A informação recolhida dos autores estudados foi sobreponível aos dados encontrados no presente estudo.

Apesar do notório descontentamento das mulheres no que respeita aos cuidados que lhe foram prestados também emergiram atitudes muito positivas dos relatos das participantes, indiciando que os profissionais não estão tão alheios a esta problemática, procurando ir de encontro às necessidades das mulheres/casais que vivenciam este tipo de perda.

➤ **“Reflexos da perda gestacional”**

Após a vivência de um episódio de perda as mulheres sentem-se abandonadas no seu sofrimento, relatando sérias dificuldades em continuar a sua vida, demonstrando uma séria luta interior entre a vontade de permanecer ligada ao seu filho, que um dia fez parte integrante de si, e a dura realidade que se impõe de o ultrapassar para continuar a viver. Pontes (2008), que também vivenciou o fenómeno da perda gestacional, fala dessa luta interior que é vivida pela mãe que perde a sua gestação. Segundo ela “vive-se mas quer-se morrer, rimos mas temos vontade de chorar. Pactuamos com o silêncio mas temos vontade de falar. Isolamo-nos mas torna-se imperativo conviver” (Pontes, 2008, p.13).

Através da análise das entrevistas é possível verificar que as mulheres, mesmo meses ou anos depois da sua perda, referem sentir **dificuldade de encarar cada dia** e todas as coisas que estão relacionadas com a gravidez [*“ Tem sido uma vida de luta, dia*

após dia a enfrentar obstáculos.” E4; “ Ainda me vêm as lágrimas aos olhos, mas acredito que daqui a uns anos seja mais fácil. Só o tempo pode curar.” E6; “ Foi e ainda é difícil pensar no assunto, mas a maioria das vezes já consigo falar sobre o assunto sem chorar.” E10; “ Ainda me custa encarar todas as coisas que estão relacionadas com a gravidez. (...) Quando vou à maternidade ver o irmão, só o vejo a ele e é uma alegria muito grande, mas quando chego a casa tudo volta.” E11], ter **momentos de desanimo** [“Tenho momentos em que me vou a abaixo e desanimo...” E4; “ Muitas vezes apetece-me chorar, tem sido difícil.” E6], **recordar a perda** [“Recordo sempre o dia do seu aniversário e do seu funeral, essa é sempre uma semana difícil de passar.” E10], a **lembrança constante** [“É uma perda que fica para toda a vida. Independentemente de ser a primeira, uma pessoa nunca esquece. Nunca se esquece esses momentos, nunca se esquece o que se passou.” E1; “ Lembro-me muitas vezes dele e de que gostava de o ter comigo.” E14; “ Ainda hoje (...) consigo ver a sua carita. Mas ela, a minha Inês, estará sempre no meu pensamento, é uma marca que fica para sempre dentro de nós.” E10; “ Lembro-me sempre... uma mãe nunca esquece.” E2; “Lembro-me constantemente ... uma mãe nunca esquece. Eu tive mais uma filha, é o que digo a toda a gente.” E13; “ Claro que nunca mais se esquece ... é o meu bebé.” E7], **a recusa de que o bebé não nasceu para a vida** [“os dias da perda e a data provável do parto são sempre lembrados, quase como se fosse um aniversário. (...) nós recordamos o dia, embora ele não esteja cá para apagar as velas.” E5], **sentimentos de depressão ligados à perda** [“ Emagreci muito na altura e nunca mais recuperei completamente... tenho depressões....” E14], **dificuldades no relacionamento com os outros** [“ ... acho que os meus colegas olham para mim com pena. Eu até evito estar com as pessoas da minha terra porque não consigo lidar com esse sentimento.” E11; “ Inicialmente evitei o contacto com as outras pessoas, com os amigos, deixei até de ir ao cabeleireiro ou ao centro comercial, com medo da abordagem das pessoas ... foi um caminho.” E1], **viver com medo** [“ Tenho medos, ... que estão ligados (...) também à perda do meu bebé.” E14], **sentir ansiedade** [“Sinto (...) ansiedade que estão ligados (...) também à perda do meu bebé.” E14], **sentir pânico perante uma nova gravidez** [“ Mesmo quando engravidei novamente (...) estive em pânico com medo que voltasse a acontecer. Foi uma caminhada”. E14; “ tive a sorte de engravidar logo (...) mas o receio que voltasse a acontecer persistiu a gravidez toda. Vivi a minha segunda gravidez em sobressalto constante e então a última fase da gravidez foi horrível, vivida com um medo constante.” E13], **reviver o passado numa nova gravidez** [“Claro que é uma coisa que nunca se esquece, principalmente quando se vive novamente um momento difícil como vivi agora, com a minha segunda gravidez (...) Voltei a vivenciar parte do que aconteceu novamente.” E1; “ passados dois meses engravidei novamente (...) claro que novamente com o pé atrás, porque tinha medo que pudesse voltar a acontecer.” E7; “ foi só deixar passar os meses recomendados, engravidar do meu primeiro filho e dos

outros dois que tive, sempre com receio que me pudesse voltar a acontecer.” E12], **sentir saudade** do seu bebé [*“Ainda hoje sinto a falta do bebé na minha barriga (...) ele era o mais mexido. Parece que ainda hoje sinto a falta dele dentro de mim.”* E11; *“... lembro-me muitas vezes dele e gostava de o ter comigo”.* E 14], **duvidar constantemente** [*“Passam-me muitas questões pela cabeça, o porquê de ter acontecido, ainda hoje me questiono muitas vezes.”* E6], **não conseguir ver outras mulheres grávidas** [*“Nos primeiros meses não conseguia ver ninguém grávida.”* E8], **ter dificuldade em encarar a noite** [*“o que me custa mais é a noite, porque sei que foi durante a noite que o Salvador morreu e não me disseram nada, e estou em casa sempre a pensar que pode acontecer outra vez a mesma coisa. (...) vivo em constante sobressalto.”* E11], **procurar explicações** para o sucedido [*“Entretanto fui a um geneticista, para saber qual poderia ser o problema.”* E1], mas também **procurar levantar a cabeça** apesar das dificuldades [*“Tem sido uma vida de luta (...) mas tenho conseguido levantar-me.”* E4].

Segundo Schott et al. (2007, p. 20) o “luto é como que uma ferida aberta que pode ser reaberta vezes sem conta”, mostrando que a vivência deste processo não é estática e deixa marcas para o resto da vida. Perry (2008, p. 983) é da opinião que “a duração do processo de luto é individual, contudo é consensual que este é um processo longo que se pode prolongar durante meses ou anos”.

Ao analisarmos os diversos autores que nos falam sobre o processo de luto verificamos que a mulher/família enlutada pode experienciar sentimentos de ansiedade, medo, depressão, isolamento, pensamentos e sonhos com a criança falecida, recusa em aceitar o sucedido, insónias, dificuldades nas relações interpessoais (Rolim & Canavarro, 2006), indo de encontro aos dados encontrados no estudo. Segundo as autoras é através do luto que se aprende a lidar com a perda, sendo esse período de dor e sofrimento visto como normal e necessário.

As mulheres que passam por qualquer tipo de perda referem muitas vezes dificuldade em contactar com outras mulheres grávidas. Um estudo de Abboud e Liamputtong (2003) cit por Gerber-Epstein et al. (2009), concluiu que as mulheres que sofreram algum tipo de perda, mesmo meses após a sua perda, em contacto com outras mulheres grávidas sentiram-se profundamente angustiadas e tristes, não conseguindo falar sobre a sua experiência.

O processo de recordação do bebé falecido acontece muitas vezes, nas datas mais “tocantes” para a mulher como sendo a data programada para o seu nascimento, no dia da sua morte, acontecimentos escolares, mudanças de estação ou mês do ano em que ocorreu

a perda (Gomes et al., 2003 citando Kowalski, 1984). Schott et al. (2007) corroboram esta ideia, dizendo que a maioria dos pais que vivenciam este tipo de perda, não querem esquecer o bebê morto mantendo o laço com ele.

O sentir pânico perante uma nova gravidez e o reviver a experiência da perda na gravidez seguinte também emergiram da investigação realizada. Gaudet (2010) no seu estudo sobre a experiência psicológica de uma gravidez após uma experiência anterior de perda, concluiu que as mulheres que sofreram uma experiência anterior de perda perinatal, revelaram scores mais altos de dor e sintomas de depressão em relação às mulheres que não experimentaram qualquer perda. Segundo a autora estas mulheres vivenciam um sofrimento imenso na vivência da nova gravidez. A alegria de estar grávida de novo para estas mulheres é ofuscada e mascarada pelas suas experiências anteriores (St. John et al., 2006). Para Pontes (2008, p. 24) “o medo de que tudo se repita é uma assombração que atormenta em vigília e as persegue em sonho”.

A fase de resolução do processo de luto, é normalmente marcada “pela progressiva recuperação do interesse pela vida, pelo trabalho e pelas relações pessoais” (Rolim & Canavarro, 2006, p. 272; Perry, 2008).

➤ **Experiências para ultrapassar a perda gestacional**

Todo o processo pelo qual uma mulher/casal passa após a sua perda, encerra a vivência de sentimentos muito penalizadores, tornando-se difícil o refazer do rumo após essa vivência. No entanto torna-se imperativo continuar a vida, sem a presença do filho, levando a mulher/casal a definir estratégias adaptativas no sentido de atenuar a perda. Segundo Rolim e Canavarro (2006) a fase de resolução e reorganização da vida é marcada por um evolutivo restabelecimento do interesse pelas atividades do dia-a-dia, pelo trabalho e pelas relações pessoais, deixando o futuro de parecer tão pessimista. Nesta fase os padrões de sono e alimentares são restabelecidos e os sintomas depressivos reduzidos.

Como experiências para ultrapassar a perda as mulheres referiram principalmente o **voltar a engravidar** [“... a gravidez da Mariana também ajudou, veio afastar outro fantasma (...) Esta nova gravidez veio ajudar a atenuar a dor.” E2; “ Foi muito difícil mas passados dois meses engravidei novamente e voltou novamente a ilusão.” E7; “ Neste momento estou novamente grávida de 17 semanas e tudo indica que o desfecho será mais feliz ... fiquei contente.” E3; “ o facto de ter havido logo outra gravidez ajudou a atenuar os meus sentimentos, a minha perda.” E8; “ O facto de conseguir engravidar novamente foi

*importante.” E9; “ Depois disso fometei ainda mais o meu desejo de ser mãe (...) comecei logo a tentar mal me deram luz verde.” E1; “ tive a sorte de engravidar logo que a minha médica me deu luz verde.” E13; “ Tenho vontade de reconstruir a minha vida e de ter outro filho.” E4], mas também o **partilhar a experiência a dois** [“ Lidar com esta situação no seio do casal foi muito bom.” E3], **ter apoio do companheiro/marido** [“ Tive a companhia do meu marido que me apoiou bastante e me deu consolo.” E9], **ouvir outras experiências semelhantes** [“ ... a única pessoa que soube naquela altura foi uma prima com quem tenho excelente relacionamento e que acabou por me falar sobre um conjunto de experiências de outras amigas delas, o que foi muito positivo.” E3; “ O procurar as instituições de apoio foi importante. O contacto com outras mulheres que tinham passado pelo mesmo que eu foi importante.” E13; “ O facto de colocarem lá uma senhora que também estava na mesma situação, foi importante.” E9] e o **não ter contado a ninguém (nem a gravidez, nem a perda)** [“Na altura optei por não contar a ninguém para garantir que ninguém me ia falar no assunto (...) teria sido péssimo toda a gente a questionar (...) Hoje tenho a certeza que foi a melhor decisão que tomei. ” E3].*

Como experiências positivas na superação da perda emergiram do estudo, o voltar a engravidar, a presença do marido e o partilhar a experiência com ele, o contacto com outras experiências semelhantes e o não ter contado a ninguém o processo de gravidez e perda.

St. John et al. (2006) comprovam a importância que a partilha de experiências tem para a mulher que vivencia uma perda. Segundo os autores é aos grupos de auto-ajuda que a grande maioria das mulheres recorre, procurando nestes grupos o consolo, conforto, compreensão e esperança que necessitam para ultrapassar a perda.

Segundo vários autores a vivência do processo de perda pode ser substancialmente diferente se a perda ocorre numa primeira gravidez ou em gravidezes subsequentes. Quando a perda ocorre numa primeira gravidez e mulher sente muitas vezes, que não consegue gerar uma nova vida, percecionando o seu corpo como deficiente e defeituoso (Gerber-Epstein et al., 2009). A nova gravidez vem, muitas vezes afastar esse fantasma, fazendo com que a mulher retome a confiança no seu corpo e na sua capacidade reprodutiva (Gerber-Epstein et al., 2009). St. John et al. (2006) no seu estudo verificaram que as mulheres ficaram felizes pela sua nova gravidez, embora essa felicidade tenha sido de algum modo abalada pela perda anterior. Segundo Pontes (2008) e Lopes (2004) há mulheres que procuram, após um episódio de perda, a vivência de uma nova gravidez, como se a nova gravidez a fosse resgatar da gravidez anterior. Pontes (2008, p.23) acrescenta que estas mulheres “ necessitam de provar a elas próprias que está tudo bem, que são capazes de levar a termo uma gestação e dar à luz um nado vivo”. Segundo Lopes

(2004) referindo Bowlby (1973) e Kennell e Klaus, muitas vezes, após uma situação de perda, o número de filhos que o casal gostaria de ter aumenta significativamente, mesmo nos casos em que o casal não queria ter mais filhos.

Cabral (2005) reconhece a importância da interação do casal para a superação do luto, considerando mesmo que é uma área de intervenção que os profissionais de saúde não devem descorar. Apesar de se saber que, perante uma situação de perda ambos os progenitores evidenciam um nível próximo de luto, o pai tende a apresentar uma resposta de luto mais controlada, talvez pelo facto de lhe ser inculcado a necessidade de “ser forte” e “tomar conta da esposa” (Callister, 2006). Esta atitude de “proteção” por parte do companheiro, emergiu no estudo, como tendo sido importante para a mulher no processo de superação da perda.

O facto de não ter contado a ninguém ter sido facilitador no ultrapassar da perda pode estar relacionado com o não reconhecimento do bebé falecido pela família e amigos. Segundo Duarte (2010, p. 163) citando Ampese et al. (2007) “para os familiares trata-se de um bebé aguardado, mas têm dificuldade em reconhecê-lo como um indivíduo, pois nunca viveu fora do útero materno, tornando-se trivial esta perda”. Esta ausência de reconhecimento social da existência desse bebé pode estar agravada numa perda gestacional precoce, fazendo com que os pais se isolem socialmente, não partilhando a experiência (Cabral, 2005).

3 - PRINCIPAIS CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Sendo a avaliação uma etapa do processo de cuidados de enfermagem e logo uma prática diária do enfermeiro, é chegado o momento, de avaliar todo o trabalho desenvolvido.

A concretização do presente estudo, através da informação que dele emergiu, permitiu considerar que os objetivos propostos foram atingidos, pois através dele foi possível ficar a conhecer o significado que a perda gestacional tem para a mulher e os sentimentos que vivencia, o impacto dessa experiência na sua vida futura, assim como a percepção que a mulher tem dos cuidados prestados pelos enfermeiros aquando da sua situação de perda.

Aquando da realização do estudo estava ciente da amplitude e complexidade do tema, não esperando com ele fazer generalizações, mas sim ficar a conhecer um pouco mais sobre a vivência do fenómeno da perda gestacional para a mulher, podendo desta forma, como enfermeira especialista de saúde materna e obstetrícia, adotar atitudes e comportamentos mais adequados e culturalmente mais adaptados, tendo em conta a especificidade e individualidade de cada mulher/casal e família.

A preocupação de entender os sentimentos destas mulheres representou, sem dúvida, um grande desafio e uma experiência particularmente tocante, pelo facto de ser mulher, enfermeira e por ter vivenciado durante este processo de aprendizagem, também, uma gravidez.

Da análise das entrevistas realizadas emergiram 8 categorias, que foram formuladas da seguinte forma: os sentimentos vivenciados pela mulher aquando da tomada de consciência da sua gravidez; o significado da gravidez para a mulher; os sentimentos da mulher perante a perda gestacional; o significado da perda gestacional para a mulher; as atitudes da mulher perante a perda gestacional; as atitudes dos profissionais de saúde percebidos pela mulher com perda gestacional; os “reflexos da perda gestacional” e as experiências para ultrapassar a perda gestacional.

A vivência da gravidez para a mulher constitui um momento mágico, carregado de simbolismos e expectativas significando, na grande maioria das vezes, a concretização de um sonho ou projeto de vida e a possibilidade de ser mãe (através da confirmação da sua capacidade reprodutiva), começando logo desde início a fazer planos, sobre a gravidez e nascimento do bebé. Esta expectativa e investimento que é colocado na gestação, faz com que a mulher, aquando da tomada de consciência da sua gravidez, vivencie sentimentos

muitas vezes contraditórios, pois se por um lado de sente alegre, feliz e encantada com a gravidez, por outro tem receio que algo não corra bem, sentindo-se assustada, com medo e ansiosa.

Se a grande maioria das gravidezes termina com um “final feliz”, permitindo à mulher ascender à tão desejada maternidade, muitas vezes isto não acontece constituindo para a mulher que vivencia o processo de perda, uma experiência avassaladora, geradora de angústias e dificuldades adaptativas. O fenómeno da perda gestacional significou para a maioria das participantes o fim dos seus sonhos e planos, o abalar da sua capacidade reprodutiva, o ter perdido uma parte de si, um mau momento na sua vida, ou até mesmo o pior momento da sua vida, sendo geradora de grande sofrimento.

Perante a percepção da perda, as mulheres entrevistadas relataram sentimentos de tristeza, frustração, desespero, apatia, medo, um “aperto no coração”, um “forte abalo psicológico”, pânico, desilusão, um elevado sentimento de culpa, choque, sensação de vazio, dores horríveis, o sentir-se sozinha na perda, sentir “ter algo esquisito dentro de si”, revelando um enorme sofrimento na vivência da experiência da perda. As mulheres demonstraram responder à notícia da perda da sua gestação com choro intenso, isolamento, silêncio, incapacidade para trabalhar, ficar incrédula perante a notícia e a recusa em aceitar o evento e procurar explicações para o sucedido. O sentimento de premunção perante a perda do seu bebé foi também referido pelas participantes do estudo, não tendo sido encontrado na bibliografia estudada.

Da realização da presente investigação emerge a importância dos cuidados de enfermagem e restantes profissionais de saúde para a mulher que vivencia um processo de perda gestacional. As mulheres entrevistadas reconheceram muitos dos cuidados que lhe foram prestados como cuidados individualizados e importantes para a superação deste evento. Como cuidados individualizados as participantes referiram o toque terapêutico, a atenção disponibilizada pelos profissionais de saúde, a empatia transmitida, o apoio e carinho demonstrados, o estar com ela na altura da notícia e da expulsão, o prestar a informação necessária, o conversar, a partilha de experiências semelhantes, a disponibilidade demonstrada, a promoção do conforto e do alívio da dor, a criação de um ambiente de proximidade, o permitirem a presença do marido/companheiro, o afastarem-na de outras mulheres grávidas/com filhos vivos e a disponibilidade para mostrarem o bebé.

Apesar da inquestionável importância de um correto acompanhamento a estas mulheres/casais que vivenciam este tipo de experiência a verdade é que muitas vezes ele não é conseguido, na medida em que da análise das entrevistas é notório um enorme

descontentamento pelos cuidados prestados, refletidos através de atitudes desumanizadas ou até mesmo negligentes. Como atitudes negligentes adotadas pelos profissionais de saúde, as participantes referiram o fazerem uma curetagem sem anestesia, o terem-na colocado num quarto com outras mulheres com filhos vivos, o não fornecerem informação necessária sobre o processo de perda, mas também sobre legislação, o não fornecerem medicação para a dor, a indisponibilidade para mostrarem o bebé, a falta de acompanhamento durante o processo de perda, a indiferença e frieza demonstrada pelos profissionais, o evitarem falar sobre a situação e ignorarem o sofrimento e o uso de expressões desadequadas que magoaram.

A vivência da perda de uma gestação demonstrou revelar-se uma experiência particularmente marcante para a mulher que a vivencia, deixando marcas para toda a sua vida. Após a vivência dum experiência de perda as participantes relatam a dificuldade que sentem em encarar cada dia que passa, referindo que se sentem muitas vezes desanimadas, que se lembram constantemente do bebé falecido e sentem saudade, que têm dificuldade no relacionamento com os outros e em ver outras mulheres grávidas, que vivem com medo, têm ansiedades ligadas à perda, depressões, dificuldade em encarar a noite, demonstram dificuldades de aceitação do evento procurando explicações para o sucedido, e perante uma nova gravidez referem sentir pânico, revivendo muitas vezes o passado nessa nova gravidez. Como experiências para ultrapassar a perda as mulheres referiram principalmente o voltar a engravidar, mas também ter o apoio do companheiro/marido e o partilhar a experiência com ele, e o ouvir outras experiências semelhantes.

Com a realização da presente investigação através da interpretação e compreensão do fenómeno em estudo, foi possível verificar a grande importância que a prestação de cuidados individualizados e culturalmente adaptados a cada mulher que vivencia este tipo de fenómeno representa, na compreensão e superação da sua perda.

Os relatos espelhados por estas mulheres levam a concluir que muitos enfermeiros não sabem como agir nestas situações ou possuem grandes dificuldades, facto que poderia ser minimizado com maior investimento nesta área a nível dos cursos de enfermagem e dos departamentos de formação das instituições de saúde com a valência da saúde materna e obstetrícia, promovendo formação específica; e a atualização dos conhecimentos através de sessões de formação em serviço. As dificuldades que os profissionais possuem em lidar com estas situações, atendendo aos resultados que emergiram da análise do verbantim relatado pelas mulheres que vivenciaram a perda gestacional e o processo de luto, poderiam também ser atenuadas através da criação de protocolos de entendimento e

atuação, englobando os vários profissionais de saúde, sobre os cuidados a ser prestados e a informação a ser transmitida às mulheres/casais que passam por este tipo de experiência considerando os resultados obtidos; e a criação de espaços de partilha dentro das equipas para que os profissionais de saúde possam expressar livremente as suas dificuldades e encontrar soluções.

O facto de nunca nenhuma destas mulheres alguma vez ter imaginado que esta situação lhe pudesse acontecer leva também a concluir a falta de informação, que se verifica nas instituições de saúde e até mesmo da sua divulgação em termos sociais. A construção e divulgação de folhetos sobre o tema, a inclusão de informação sobre a perda gestacional nos manuais da gravidez e a divulgação dessa informação nos meios de comunicação social, poderiam ser estratégias para ajudar os casais a perceberem este fenómeno como possível e aprender a lidar com ele de forma mais saudável.

A divulgação da informação em termos sociais revela-se extremamente importante para que a própria sociedade, possa ajudar os pais enlutados a ultrapassar a situação contrariando o que frequentemente se verifica, o seu isolamento da sociedade pela incompreensão que vivenciam.

A análise das entrevistas realizadas, assim como a pesquisa bibliográfica efetuada, permitiu o enriquecimento e crescimento da investigadora enquanto mulher, mãe e profissional de saúde.

Considera-se que seria importante, para estudos futuros, com base nos dados que emergiram, desenvolver uma escala que permitisse avaliar de forma mais objetiva e abrangente o impacto desta experiência para a mulher/casal, complementando os resultados obtidos pelos estudos já realizados.

A inexperiência da investigadora no desenvolvimento de estudos qualitativos terá de certeza constituído a principal dificuldade ao desenvolvimento do estudo. Este facto que exigiu um maior tempo de realização e maior investimento pessoal, constituiu um verdadeiro desafio, que permitiu uma compreensão inimaginável deste fenómeno e um crescimento interior muito significativo com uma visão mais clara e objetiva do que representa este fenómeno na vida das mulheres/casais e da ajuda que lhes poderá dar enquanto alvo dos seus cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amperese, 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

Bayle, F. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Biscaia, J. & Sá, E. (2004). A gravidez no pensamento das mães. In E. Sá (org), *A Maternidade e o bebé* (2ª ed.) (pp. 41-49). Lisboa: Fim de Século.

Bryan, E., & Higginns, R. (2002). *A Criança Esquiva: Infertilidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

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.

Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of perinatal and neonatal nursing*, 20(3), 227-234.

Canadian Paediatric Society. (2001). Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *Paediatrics and Child Health*, 6 (71), 469-477. Disponível em www.cps.ca/english/statements/fn/fn01-02.htm

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.

Colliere, M. F. (1999). *Promover a vida: Da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

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.

Decreto Lei nº 16/2007 de 17 de Abril, artigo 142º, regulamenta a exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. Diário da República.1ª série (75). Disponível em <http://www.slideshare.net/eunicepestana/lei-16-2007-17abril>

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>

Fick, U. (2005). *Métodos Qualitativos de Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.

Fonseca, A. (2008). *Contributo para o estudo do impacto das perdas perinatais na adaptação e no crescimento pós-traumático materno: determinantes individuais, interpessoais e a intervenção psicológica*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

Franco, M. H. P. (2009). Prefácio. In M. M. Pontes, *Maternidade Interrompida: o drama da perda gestacional* (pp.9-12). Lisboa: Papiro Editora.

Gaudet, C. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), 240-251. doi: 10.1080/02646830903487342

Gerber-Epstein, P. R. D., Leichtentritt, R. D., & Benyamini, Y. (2009). The Experience of Miscarriage in First Pregnancy: The Women's Voices. *Death Studies*, 33(1), 1-29. doi: 10.1080/07481180802494032

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

Heustis, J., & Jenkins, M. (2005). *Companioning at a time of perinatal loss: a guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins, CO: Companion Press.

Hutchinson, S. & Wilson, H. (2007). Entrevistas de Investigação e Terapêutica. Uma perspectiva pós-estruturalista. In J. M. Morse, *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa* (pp.294-307). Coimbra: Formasau.

Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Dados estatísticos: População*. Disponível em: www.inec.pt.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.

Kitzinger, S. (1978). *Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa: Editorial Presença

Kitzinger, S. (1996). *Mães: Um Estudo Antropológico da Maternidade* (2ªed). Lisboa: Editorial Presença.

Kumar, A., L. Hessini, & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625-639.doi: 10.1080/13691050902842741

Layne, L. (2006). A Women's Health Model for Pregnancy Loss: A Call for a New Standard of Care. *Feminist Studies*, 32(3), 573-600.

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

Lenninger, M. (2007). Critérios de Avaliação e de Crítica de estudos de Investigação Qualitativa in J. M. Morse, *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa* (pp.102-119).Coimbra: Formasau.

Limbo, R. K., & Wheeler, S. R. (2003). *When a baby dies: A handbook for healing and helping*. La Crosse: Bereavement Services.

Londa, S. (2010). Consoling Rachel: A Bereavement Program for Perinatal Loss. *Chaplaincy Today*, 26(1), 27-31.

Lopes, J. S. (2004). Luto e Gravidez. In *A Maternidade e o bebé* (2ª ed.). In E. Sá (org), Lisboa: Fim de Século.

Mander, R. (2006). *Loss and Bereavement in Childbearing* (2.ª ed.). Routledge.

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

McCoyd, J. M. (2007). Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 37-48. doi: 10.1080/01674820601096153

Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora.

Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães*. Coimbra: Quarteto

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

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase Terminal – Perpectiva Ética* (2ª ed.). Loures: Lusodidata.

Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006), *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Perry, S. (2008). Família e Cultura. In D. Lowdermilk & S. Perry (eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.) (pp. 22- 42). Loures: Lusodidata.

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

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>

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (5ª ed.). Porto Alegre: Artemed.

Pontes, M. M. (2008). *Pacto de Silêncio: Maternidades Fugazes*. Lisboa: Papiro Editora.

Poupart, J. (2008). A entrevista de tipo qualitativo: considerações epistemológicas, teóricas e metodológicas. In J. Poupart et al., *A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp.215-247). Petrópoles: Editora Vozes

Queirós, A. A., Meireles, M. A., & Cunha, S. R. (2007). *Investigar para Compreender*. Loures: Lusociência.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos* (5ª ed.). Lisboa: Gradiva.

Raddi, S. A., Samson, C. P. S., & Kharde, S.N. (2009). Knowledge and Attitude Regarding Perinatal Bereavement Care' among Nurses Working in the Maternity Unit and Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of South Asian Federation of Obstetrics & Gynecology*, 1(3), 81-84.

Raphael-Leff, Joan (1997) – *Gravidez, a história interior*. Porto Alegre: Editora Artes Medicas.

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.

Rowlands, I., & Lee, C. (2010). The silence was deafening: social and health service support after miscarriage. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 28(3), 274-286. doi: 10.1080/02646831003587346

Schott, J., Henley, A., & Kohner, N. (2007). *Pregnancy loss and death of a baby: guidelines for professionals*. London: Bosun Press.

Silva, M. (2004). *Processos de Luto e Educação*. Braga. Tese de Mestrado, Instituto de Educação e Psicologia.

Sousa, M. (2008). A Perda. In M. M. Pontes, *Pacto de Silêncio- Maternidades Fugazes* (pp.111-114). São Paulo: Editora Agora.

St. John, A., Cooke, M., & Goopy, S. (2006). Shouds of Silence: Three Womens' Stories of Prenatal. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 8-12.

Strauss, A., & Corbin, J. (2009). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento da Teoria Fundamentada* (2ª ed., reimpressão). Editora Artmed.

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

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*: Climepsi Editores.

Van Manen, M. (1997). *Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy*. London, ON: Althouse Press.

Van Manen, M. (2006). Writing Qualitatively, or the Demands of Writing. *Qualitative Health Research*, 16(5),713-722. Doi: 10.1177/1049732306286911. Disponível em <http://www.maxvanmanen.com/files/2011/04/2006-Writing-Qualitatively.pdf>

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>

World Health Organization. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Geneva: WHO.

ANEXOS


ANEXO I

Consentimento Informado

PERDA GESTACIONAL E PROCESSO DE LUTO

Assinatura da Utente **Assinatura do Investigador**

Data: __/__/__. _____

 _____

..

Consentimento Informado da utente 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 da mulher/casal que vivencia uma perda gestacional; Analisar o significado pessoal dessa vivência (da perda gestacional); Identificar as experiências subjectivas da mulher/casal face aos cuidados de enfermagem; Conhecer os determinantes da vivência do processo de luto considerados pela mulher/casal facilitadores e não facilitadores; Compreender a importância atribuída pela mulher/casal ao desempenho do enfermeiro.

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 ou cuidados de que eu vier a necessitar dos profissionais de saúde.
- 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 II

Guião das Entrevistas

PERDA GESTACIONAL E PROCESSO DE LUTO

GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DA ENTREVISTA

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

Local da realização da entrevista _____

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

- 1- Qual é a sua nacionalidade? _____ 1.2- Qual é a nacionalidade do seu companheiro/cônjuge _____
- 2- Qual é a sua idade? _____ Anos Qual é a idade do seu companheiro/cônjuge? _____ Anos
- 3- Qual é o seu estado civil Solteira Divorciada Viúva Casada Outra _____
- 4- Qual é o seu local de residência? Aldeia Vila Cidade _____
- 5- É crente em alguma religião? Não Sim Se sim qual? _____

6- Quais são as suas habilitações literárias?		7- Quais são as habilitações literárias do seu companheiro/?	
<input type="checkbox"/> Inferior ou igual a 4 Anos	<input type="checkbox"/> Bacharelato	<input type="checkbox"/> Inferior ou igual a 4 Anos	<input type="checkbox"/> Bacharelato
<input type="checkbox"/> Entre 5 e 6 Anos	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Entre 5 e 6 Anos	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Entre 7 e 9 Anos	<input type="checkbox"/> Mestrado	<input type="checkbox"/> Entre 7 e 9 Anos	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Entre 10 e 12 Anos	<input type="checkbox"/> Doutoramento	<input type="checkbox"/> Entre 10 e 12 Anos	<input type="checkbox"/> Doutoramento
<input type="checkbox"/> Curso técnico-profissional	Outra _____	<input type="checkbox"/> Curso técnico-profissional	Outra _____

- 8- Qual é a sua formação profissional? _____ 9.1- Qual é a sua profissão actual? _____
- 9- Qual é a formação profissional do seu companheiro? _____ 11- Qual é a Profissão actual do seu companheiro? _____

10- Qual é a sua situação profissional actual?	Qual é a situação profissional actual do seu companheiro?
<input type="checkbox"/> Empregada	<input type="checkbox"/> Empregado
<input type="checkbox"/> Desempregada	<input type="checkbox"/> Desempregado

- 11- Quais os motivos que a levaram a escolher o hospital/maternidade onde esteve internada?

- 12- Quantas vezes esteve grávida? ____ Quantos filhos tem? ____ Qual a idade gestacional aquando da perda? ____ Planeia engravidar novamente? Não Sim Teve acompanhamento na sala de partos? ____ Quem? _____ /ou porque não teve? _____
- 13- Esta gravidez foi planeada? Não Sim Sim, mas não para esta altura
- 14- Quem desejou este filho? (pode assinalar mais do que uma opção)
 Eu Nenhum
 O pai da criança Outro
 Ambos
- 15- Durante a gravidez foi a alguma consulta de vigilância? Não Sim. Se sim, a quantas consultas? _____
- 16- Onde realizou as consultas de vigilância?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centro de Saúde | <input type="checkbox"/> Clínicas Privadas/ médico particular |
| <input type="checkbox"/> Maternidade/Consulta Externa | <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ |
- 17- Quando realizou a 1ª consulta?
 Antes de engravidar Três meses após a 1ª falta menstrual
 Logo após a 1ª falta menstrual Quatro meses após a 1ª falta menstrual
 Um mês após a 1ª falta menstrual Cinco meses após a 1ª falta menstrual
 Dois meses após a 1ª falta menstrual Mais de cinco meses após a 1ª falta menstrual
- 18- Fumou durante a gravidez? Não Sim. Se sim, quantos cigarros por dia? ____ Cigarros
- 19- Durante a gravidez ingeriu bebidas alcoólicas? Não Sim. Se sim: Raramente durante a gravidez Algumas vezes durante a gravidez Frequentemente Sempre/todos os dias
- 20- Durante a gravidez consumiu drogas proibidas? Não Sim. Se sim quais as drogas que consumiu? _____
- 21- Realizou diagnóstico pré-natal (exame para detectar malformações do bebé)? Não Sim.

GUIÃO DA ENTREVISTA

COMPREENSÃO DA PERDA GESTACIONAL E PROCESSO DE LUTO

- Que significou para si saber que estava grávida?
- O que representou para si, esta gravidez?
- Que sentiu quando teve conhecimento da morte do bebé? Quem e como lhe foi dada essa informação?
- O que pensou e o que fez nesse momento?
- O que representou para si, esta perda?
- Qual foi a atitude dos profissionais/enfermeiros?
- O que sentiu quanto à forma de ser cuidada pelos enfermeiros face à sua dor e sofrimento?
- O que esperava receber dos enfermeiros/profissionais de saúde durante a vivência deste processo, nesse e noutros momentos?
- Foi-lhe dada a oportunidade de ver o seu bebé? O que a levou a tomar a decisão de ver ou não o corpo do bebé? O que sentiu nesse momento?
- Quais as expressões, que lhe foram ditas, que mais a marcaram? Quais as que sentiu como muito adequadas? Quais as que sentiu como desadequadas?
- O que gostaria que os enfermeiros tivessem dito ou feito e não foi dito ou não foi feito com a intensidade ou dedicação desejada?
- Como tem sido a sua vida a partir daí?

ANEXO III

Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados



Processo n.º 2446/2012

AUTORIZAÇÃO N.º 4991 /2012

I. Do Pedido

Marilin 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 perspetiva 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



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 Hispanico 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 Echevarría, Brad Smith, (2005). Religion and Abortion Attitudes Among U.S. Hispanics: Social Science, 86, (1), pp 192-208



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=108&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)

ANEXO IV

Categorias, Subcategorias e Unidades de Registro

Sentimentos vividos pela mulher aquando da tomada de consciência da sua gravidez

Sentimentos vividos pela mulher aquando da tomada de consciência da sua gravidez	Sentimentos negativos	Um sentimento horrível	“ Foi péssimo. Estava a viver uma crise conjugal e a gravidez ia ser, sem dúvida um obstáculo.” E4
		Ansiedade	“ Em primeiro lugar ansiedade, com receio que algo não corresse bem ou estivesse a faltar com alguma coisa (...) procurei informar-me sobre tudo o que tinha de fazer para que tudo corresse bem.” E5
		Medo	“ Senti medo do parto (...) há tantos partos que correm mal, tanto para a mulher como para o bebé (...) comecei logo com mil e uma preocupações.” E5 “tive medo de os perder [gémeos], logo desde início. Passei por muito ... foi a dificuldade na gravidez, depois o síndrome de transfusão feto-fetal (...) e a seguir o rebentarem as águas. Seguiu-se o repouso absoluto com medo que acontecesse tudo e mais alguma coisa.” E11
		Sentir-se Assustada	“ Muito assustada com o que pudesse acontecer, talvez pelo facto de ser muito querido.” E5 “ No início fiquei assustada por não ter sido planeado.” E12
	Sentimentos positivos	Alegria	“Foi muito bom porque nós queríamos muito (...) já tinha preparado tudo para engravidar e foi muito bom quando soubemos que estava grávida.” E6 “Como foi a primeira gravidez, claro que foi uma alegria muito grande (...) foi sem dúvida uma alegria muito grande.” E1 “ ... foi uma grande alegria, é maravilhoso saber que temos um feijãozinho a nascer dentro de nós.” E10 “ Foi uma alegria muito grande, pois sempre que eu via uma grávida olhava sempre (...) foi uma alegria saber que tinha ali dois seres.” E11 “ Foi muito bom porque era um bebé muito desejado, era o primeiro e eu fiquei super contente.” E14

		<p>“ Foi uma gravidez planeada, ambos queríamos muito este filho e não poderíamos ter ficado mais contentes.” E13</p> <p>“...fiquei muito contente porque tinha sido planeado.” E3</p> <p>“ fiquei muito contente, pois todos em casa desejavam esse bebé.” E10</p> <p>“ Foi uma grande alegria, fiquei muito contente.” E2</p> <p>“ ... representou também uma grande alegria.” E5</p>
	Felicidade	<p>“ ... o facto de estar grávida ao mesmo tempo de duas cunhadas foi uma felicidade dupla.” E9</p> <p>“... foi um momento de grande felicidade.” E6</p> <p>“ Foi uma felicidade enorme.” E13</p>
	Encantamento	<p>“ ... fiquei encantada. Com o tempo a ligação ao bebé torna-se mais forte e mais importante que tudo o resto [o não ter sido planeado].” E12</p>

Significado da gravidez para a mulher

Significado da gravidez para a mulher	Concretizar de um sonho	<p>“ Foi, sem dúvida, o concretizar de um sonho, um sonho muito querido e desejado.” E2</p> <p>“ Um grande sonho (...) o sonho da maternidade, o vivenciar da experiência mais maravilhosa que se imagina.” E8</p> <p>“ O que tanto queríamos tinha-se concretizado ali, naquele momento.” E6</p> <p>“ Essa gravidez para mim foi (...) algo que eu já sonhava desde muito pequena.” E7</p> <p>“ O facto de ser algo que desejei desde criança (...) significou o concretizar de um sonho.” E9</p> <p>“ Foi um sonho, porque já estava a tentar a cerca de dois anos e não conseguia.” E11</p> <p>“ Representou o concretizar do nosso sonho.” E13</p>
---------------------------------------	-------------------------	--

	Ser mãe	<p>“ Representou o poder ser mãe, (...) quando se sabe que se está grávida já se começa a preparar para ser mãe, aliás já se é mãe.” E9</p> <p>“Significou (...) um desejo muito grande de ser mãe. Aliás já se é mãe quando se sabe que se está grávida.” E8</p>
	Fazer planos	<p>“ O facto ... ter uma criança e sonhar já com ela e a pensar como seria daí para a frente, em que dia ia nascer.” E9</p>
	Objetivo de vida	<p>“ O culminar de um relacionamento que nós já tínhamos há muito tempo. Algo que nós queríamos ter em comum (...) foi o apostar dessa vida em comum.” E7</p> <p>“ Sempre adorei crianças, por isso era uma das coisas que estava nos meus objetivos.” E9</p> <p>“ Porque a minha infância e adolescência não tinham sido muito fáceis (...) a gravidez era a minha oportunidade de tentar fazer diferente.” E14</p>
	Projeto de Vida	<p>“ Era um bebé muito desejado (...) era um projeto de vida.” E14</p> <p>“ Representou o concretizar (...) do nosso projeto de vida. Era a nossa menina.” E13</p>

Significado da perda gestacional para a mulher

Significado da perda gestacional para a mulher	O desmoronar dos planos	<p>“ ... foi o desmoronar dos planos... pensei logo que não conseguia ter outro filho” E2</p>
	Ser difícil voltar a engravidar	<p>“ Foi na altura em que soube que o meu marido ia trabalhar para fora (...) já não ia conseguir engravidar tão depressa” E2</p>
	O sonho que se desmorona	<p>“ ... foi o desaparecer de um sonho... o sonho de ser mãe (...) de repente esse sonho, esse desejo foi por água abaixo.” E9</p> <p>“ A perda foi o terminar do nosso sonho, que era</p>

		<p>fruto do nosso amor.” E7</p> <p>“ Foi a perda de um grande sonho e o desejo muito grande de ser mãe que naquele momento perdi” E8</p> <p>“ significou o fim dos nossos sonhos” E13</p>
	O fim do mundo	<p>“ Foi o fim do mundo, para mim foi o fim de tudo, eu tinha um projeto, era o meu primeiro bebé e eu estava encantada.” E14</p> <p>“ Como se o mundo tivesse desabado naquele momento.” E13</p>
	A vida virada do avesso	<p>“ Fomos para a ecografia para saber se estava tudo bem, para saber o sexo do bebé e saímos de lá com a vida virada do avesso.” E1</p>
	Perder uma parte de si	<p>“ Perdi uma parte de mim. (...) ele mexia-se muito ... brincava. Ele era o mais mexido” E10</p>
	Um mau momento na sua vida	<p>“ Representou um mau momento na minha vida porque foi uma coisa desejada, algo que nós queríamos mesmo.” E6</p> <p>“ ... fiz uma ecografia que confirmou que o bebé estava sem vida (...) foi sem dúvida um mau momento da minha vida.” E12</p>
	O pior momento da sua vida	<p>“ Esse momento foi o pior momento da minha vida, era terrível acreditar que tinha perdido a minha menina ... a minha Inês. E 10</p> <p>“ Como é possível perder-se um filho no fim da gravidez (...) Foi o pior momento da minha vida” E13</p>

Sentimentos da mulher perante a perda gestacional

Sentimentos da mulher perante a perda gestacional:	Tristeza	<p>“ Senti uma grande tristeza (...) parece que só me acontece a mim ...” E2</p> <p>“Não me senti culpada porque a perda esteve associada a um problema de saúde (...) mas senti uma enorme tristeza.” E5</p> <p>“ apesar de não ter criado grande expectativa sobre a gravidez (...) senti uma tristeza grande.” E3</p> <p>“ Quando já estava afeiçoada à ideia e a começar a</p>
--	----------	--

	<p>iludir-me com a ideia de vir a ser mãe, aconteceu! Foi muito triste”. E12</p> <p>“ Sei que senti uma tristeza muito grande ...” E8</p> <p>“ Tive muitos pensamentos ... senti tristeza” E10</p> <p>“ senti uma grande tristeza ... E11</p>
Frustração	<p>“ Senti uma enorme frustração (...) eu queria tanto um filho e não consegui... não era capaz de gerar uma criança.” E2</p>
Aperto no coração	<p>“ ... sempre que via uma grávida dava-me um aperto no coração. (...) uma pessoa lembra-se sempre.” E2</p>
Abalo psicológico	<p>“ Neste momento eu consigo falar sobre a situação (...) mas foi um grande abalo psicológico.” E2</p>
Apatia	<p>“ Fiquei apática, meia dormente. Todo o corpo fica meio dormente...” E7</p>
Pânico	<p>“Pressenti que algo não estava bem... entrei logo em pânico...” E9</p>
Desespero	<p>“ Foi um desespero muito grande, não consigo descrever melhor.” E9</p> <p>“ ... senti ... desespero...” E10</p>
Culpa	<p>“ Na minha primeira ida à maternidade (...) apesar de não ter criado uma grande expectativa sobre a gravidez, naquele momento senti-me a única culpada pelo sucedido.” E3</p> <p>“ Pensei (...) será que o estado de tristeza dos primeiros dias influenciou este desfecho?! (...) senti-me um pouco culpada” E12</p>
Premunição	<p>“ Nesse dia (...) pressenti que alguma coisa estava a correr mal e verificou-se que o meu bebé não se estava a desenvolver.” E9</p> <p>“... mesmo antes de ele [o obstetra] me dizer, na realização da ecografia, que não havia batimentos cardíacos, eu apercebi-me. Foi um sentimento difícil de descrever.” E8</p> <p>“ Eu é que questioneei o médico mesmo antes de saber que ele estava morto. Perante a cara que estava a fazer, enquanto fazia a ecografia, supus</p>

	<p>logo que ele estaria morto.” E7</p> <p>“ O meu marido foi vê-los à UCIRN já era noite e ele vinha muito abatido, mas disse-me que eles estavam bem... mas eu vi logo que havia ali alguma coisa.” E11</p> <p>“ A senhora enfermeira teve muita dificuldade em avaliar o foco ... suspeitei logo que algo não podia estar bem.” E13</p>
Desilusão	<p>“ ... fui todo o caminho a pensar que o meu sonho de ser mãe não se ia realizar, já não estava a crescer uma vida dentro de mim...” E9</p> <p>“ Fui informada pelo médico assistente (...) aquando da segunda consulta, que não conseguia ouvir o coração do bebé (...) senti uma desilusão total!” E12</p>
Sentir algo esquisito dentro de si	<p>“ Dentro de mim já não tinha uma criança, tinha algo esquisito que já não era uma criança e foi bastante difícil.” E9</p>
Choque	<p>“ O primeiro sinal que eu tive que as coisas poderiam não estar bem foi numa ecografia morfológica, por volta das 21 semanas em que a médica diagnosticou um nanismo e me disse que teria de interromper (...) foi um choque muito grande” E1</p> <p>“ ... a morte de um filho é sempre uma situação muito difícil. Foi um choque, é como eu caracterizo melhor, foi um choque.” E5</p> <p>“ fiquei em choque ... isto não me estava a acontecer.” E13</p> <p>“ Foi um choque muito grande, nunca se está à espera.” E8</p> <p>“Às 10 semanas fui observada na maternidade e [a médica] não demorou muito a utilizar a expressão “é uma gravidez não evolutiva... foi um choque!” E3</p>
Perda	<p>“... foi mesmo aquele sentimento de perda.” E5</p> <p>“ Perdi uma parte de mim...”E4</p>
Querer morrer	<p>“ Senti que o mundo estava a acabar, a sensação é de que se quer morrer naquele momento, que não</p>

		<p>se quer mais viver.” E14</p> <p>“ o que me apetecia naquele momento era morrer.” E13</p>
	Um sofrimento imenso	<p>“ Eu já o sentia e saber que com mais 3 ou 4 semanas já conseguia sobreviver e que isso não ia acontecer foi horrível, muito doloroso (...) ele era tudo para mim, por isso foi horrível.” E14</p> <p>“ Foram momentos de um grande desespero, de um enorme sofrimento.” E13</p> <p>“ Foi horrível mesmo, porque não se está à espera.” E6</p>
	Revolta	<p>“ Primeiro revoltei-me comigo própria, depois revoltei-me com Deus.” E14</p> <p>“ Pensei porque é que a vida tem de acabar agora assim, porque é que tem de ser assim?!” E1</p> <p>“ Questionei-me porquê a mim, fiz tudo conforme e médica tinha solicitado ...” E10</p>
	Profunda sensação de vazio	<p>“ a situação foi difícil... completamente inesperada (...) senti uma profunda sensação de vazio” E5</p> <p>“ senti (...) um vazio muito grande (...) não conseguia pensar em mais nada...” E8</p> <p>“ Significou um enorme vazio dentro de mim.” E12</p>
	Dores horríveis	<p>“A primeira noite foi horrorosa, com contrações fortíssimas e eu sem saber sequer se podia tomar alguma medicação para aliviar estas dores.” E3</p>
	Medo	<p>“ Fizeram eco e confirmaram que o coração do bebé não tinha batimentos cardíacos (...) senti ... medo” E10</p>
	Sentir que só lhe acontece a si	<p>“ Parece que só me acontece a mim.” E2</p> <p>“ Pensei essencialmente como é que isto me está a acontecer a mim...” E1</p>
	Sentir-se uma assassina	<p>“ No fim desse tempo de espera tive de ser eu a colocar os comprimidos (...) pensei que estava a matar a criança apesar de saber que não era assim...” E2</p>

Atitudes da mulher perante a perda gestacional

Atitudes da mulher perante a perda gestacional:	Chorar	<p>“ Chorei muito (...) como é que isto acontece numa primeira gravidez, num bebé muito desejado.” E1</p> <p>“ Chorei muito... chorei muito muito! (...) desfiz-me em lágrimas lá no consultório.” E2</p> <p>“ Chorei, chorei muito. Lembro-me que mesmo nessa altura [da notícia] recebi uma mensagem de uma colega a dar-me os parabéns pelos bebés... foi uma mistura de sentimentos muito complicada.” E11</p> <p>“ Quando cheguei ao carro e me vi sozinha, vim todo o caminho a chorar...” E6</p> <p>“ foi o tomar consciência do que me estava a acontecer e comecei a chorar ... foi impossível conter.” E13</p> <p>“ Comecei logo a chorar, foi um desespero imenso.” E9</p> <p>“ ... tive os meus momentos de choro” E3</p>
	Não conseguir ir trabalhar	<p>“ Tive um mês muito difícil, não fui trabalhar nem nada (...) Estive um mês em casa porque não conseguia trabalhar.” E2</p>
	Isolar-se	<p>“ Estava a trabalhar e fui logo para casa” E9</p>
	Gritar	<p>“ Comecei a gritar, entrei em histeria (...). Gritei muito mesmo”. E14</p>
	Ficar incrédula	<p>“ Todo o corpo fica meio dormente, parece que é mentira”. E7</p> <p>“ quando ela [a médica] estava a fazer a ecografia percebeu que não ouvia nem via o coração do bebé (...) foi difícil acreditar.” E6</p> <p>“A verdade é que no início não acreditei, porque achava que sentia a bebé mexer.” E5</p> <p>“ No início não acreditei (...) fiquei estática sem saber o que fazer.” E10</p> <p>“ Tive dificuldades em acreditar que ela não estava viva.” E10</p> <p>“ Nunca pensei que me pudesse acontecer (...) eu</p>

		nem queria acreditar.” E13
	Levar meses a recompor-se	“Ele era tudo para mim, levei muitos meses a conseguir recompor-me minimamente.” E14
	Tentar procurar explicações.	“ na altura era o que eu queria, uma explicação concreta (...) quando cheguei ao carro vim todo o caminho a (...) tentar procurar explicações (...) porque razão aquilo aconteceu (...) na altura o que eu queria era uma explicação concreta.” E6
	Ficar em silêncio	“ Quando saímos do hospital, lembro-me que não falámos durante o caminho (...) mais tarde é que consegui começar a falar sobre o assunto”. E7
	Recusar aceitar	“... foi muito difícil, não aceitava de maneira nenhuma.” E14 “ O primeiro que pensei foi porquê? ... porquê a mim?” E12

Atitudes dos profissionais percebidos pela mulher com perda gestacional

Atitude dos profissionais percebidos pela mulher com perda gestacional como:	Cuidados individualizados	Toque terapêutico	“ Durante a interrupção, o toque da enfermeira no meu ombro.” E4
		Atenção	“ Eu cada vez que lá ia, ela [a médica] falava sempre comigo... foi atenciosa mesmo.” E2 “ As enfermeiras (...) foram sempre muito atenciosas” E6 “ julgo que o que recebi foi o mais importante (...) foram atenciosos comigo.” E4
		Transmitir empatia	“ Para mim os enfermeiros foram os profissionais que conseguiram transmitir mais empatia, talvez pelo facto de serem os profissionais mais treinados para o efeito”. E5 “ Tiveram uma atitude de compreensão pelo que estava a viver.” E4
		Dar apoio	“A médica (...) esteve sempre a dar-me apoio, foi impecável” E2 “ Ela acabou a ecografia e disse-me “tenha

			<p>calma, não fique triste... embora dê para ficar triste" (...) Ela foi querida, muito querida mesmo." E6</p> <p>" A enfermeira foi simpática, teve uma atitude de apoio ... gostei muito." E7</p> <p>" Senti apoio... no que respeita à enfermeira é muito reconfortante pensar nela." E14</p>
		Estar com	<p>" Eu desfiz-me em lágrimas lá no consultório e ela esteve comigo." E2</p> <p>" o médico que me acompanhou neste parto (...) esteve sempre ao meu lado (...) marcou-me muito, ele esteve ao meu lado do início ao fim." E10</p>
		Prestar informação	<p>" o médico que me acompanhou neste parto, que realmente foi normal com contrações terríveis, explicou-me como tudo se iria passar, o que ia sentir (...) deu-me forças para enfrentar toda aquela situação." E10</p>
		Partilhar vivências semelhantes	<p>"Recordo-me do enfermeiro ter acabado por me contar a história da irmã que tinha passado pelo mesmo (...) foi reconfortante." E3</p> <p>" O facto de colocarem lá [no quarto] uma senhora que também estava na mesma situação, foi importante ... senti-me compreendida." E9</p>
		Conversar	<p>A médica (...) esteve sempre comigo a falar, a conversar, a dar-me apoio... foi impecável." E2</p> <p>" Outra situação que recordo foi a colheita de sangue (...) recordo que o enfermeiro foi sempre o mesmo (...) embora o tempo de conversa não tenha sido longo, recordo-me que achei muito simpático ter-se lembrado, ter perguntado (...). Foi uma situação que me deu algum conforto." E3.</p> <p>" Eu recordo-me até de uma médica que me perguntou se tinha mais filhos e me disse que</p>

			<p>nenhum substitui o outro, todas as perdas nos custam. Uma perda custa e que se realmente era uma coisa que eu desejava não perdesse a esperança (...) Eu gostei muito do diálogo dela.” E6</p>
		<p>Respeitar a dor afastando-a de outras mulheres grávidas/ mulheres com filhos vivos</p>	<p>“ Tentaram-me reservar um pouco, colocaram-me num quarto com outra senhora que estava na mesma situação, longe do contacto com outras grávidas. O facto de me reservarem um pouco foi importante para mim, porque naquele momento ver alguém grávida era muito triste, era como que acentuar a minha perda.” E9</p> <p>“ Uma coisa que recorro e que foi importante foi terem-me resguardado das outras mulheres que já tinha tido os seus filhos. Teria sido muito difícil o contacto com os outros bebés.” E13</p> <p>“ Estive num piso um bocadinho à parte das outras senhoras que tinham bebés e isso foi importante.” E1</p>
		<p>Mostrar disponibilidade</p>	<p>“ Falei com uma enfermeira que foi excepcional. Depois de lhe contar o que tinha passado, questionou-me se não queria aparecer apenas para conversar. Disponibilizou-se de imediato para estar algum tempo comigo.” E3</p> <p>“ Colocaram-me à vontade, se eu precisasse que elas estavam lá (...) disponibilizaram-se para o que fosse preciso.” E9</p> <p>“As enfermeiras... disseram-me que estava ali para ajudar.” E6</p> <p>“ Durante a interrupção (...) a atitude do médico que me disse “se precisar de ajuda venha cá” foi importante” E4</p> <p>“ Quando cheguei ao quarto, foram sempre muito atenciosas, disseram que estavam ali para ajudar. Foram impecáveis.” E6</p> <p>“ Os enfermeiros mostraram-se disponíveis para</p>

			ajudar (...) penso que a maior proximidade e disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros se deve não só ao facto de estarem mais habituados a lidar com estas situações, mas também pelo tempo que passam com as pacientes.” E12
		Criar um ambiente de proximidade	“ As enfermeiras tentaram sempre criar um clima de proximidade e agradável. Colocaram-se na brincadeira comigo.” E6 “[as enfermeiras] foram acolhedoras e isso foi importante” E4
		Aliviar a dor	“...mesmo na dor física fizeram tudo para que não tivesse dor.” E9
		Promover o conforto	“ uma das enfermeiras viu-me levantada e disse-me : “levantou-se para quê? Chamava que nós levávamos-lhe, o que é que precisa? Quer um chazinho?” (...) Queriam que eu estivesse confortável. Acho que foi uma atitude muito correta”. E7
		Fomentar a presença do marido/ companheiro	“ O facto de deixarem o meu marido estar comigo foi importante. Foi algo de positivo que me foi oferecido.” E9
		Transmitir carinho	“Com a enfermeira foi diferente. Eu lembro-me que foi ela que trouxe o meu filho e recordo que ela o trouxe com um carinho muito grande, com uma delicadeza muito grande.” E14 “ ... o medico ... foi carinhoso comigo ... grande médico, este sim tinha sentimentos pelos seus doentes. Se o encontrasse na rua tenho a certeza que o reconheceria.” E10 “ Foi um tratamento muito suave e carinhoso, principalmente na sala de partos.” E1 “ Senti (...) carinho, por serem meus colegas de profissão.” E4 “ Senti carinho por parte dos enfermeiros e inclusive do anestesista.” E12

		Aconchegar o bebé apesar de morto	“ Ainda hoje é reconfortante lembrar-me dela como a pessoa que estava a aconchegar o meu filho.” E14
		Mostrar o bebé	“ Foi-me dada oportunidade de ver o bebé (...) eu nem respondi, estava num estado lastimável. Mas mesmo assim a enfermeira veio mostrar-mo e foi muito bom, porque fiquei com a imagem do meu filho que depois foi importante para mim” (...) foi reconfortante (...) Marcou-me positivamente a atitude da enfermeira (...) o ela mostrar-mo e dizer-me que ele era bonito.” E14
		Disponibilizar-se para mostrar o bebé	“ Perguntaram-me se eu o queria ver e eu disse que não (...) O que nos motivou a não ver foi o facto de ser uma malformação.” E1 “ [relativamente à possibilidade de ver o bebé] Deram-me a escolher. Eu precisava de ver para acreditar que era verdade. Achei que ela era linda, ainda hoje a consigo imaginar nesse momento.” E10 “ Depois do parto a enfermeira perguntou-me se queria ver o bebé e eu na altura disse que não, mas depois arrependi-me. Hoje sei que teria sido importante.” E13
	Cuidados desumanizados / negligentes	Fazerem uma curetagem sem anestesia	“ E ela depois fez-me uma curetagem sem me dar anestesia, que foi uma coisa horrível, mesmo horrível, sofri muito (...) quando soube que poderia ter sido diferente fiquei revoltada.” E 14
		Colocarem-na num quarto com outras mulheres que tinham filhos vivos	“ Em relação ao acompanhamento na situação houve algo que me chocou muito. Disseram-me que não havia quartos sem ninguém e eu estive no quarto com duas raparigas que tinham bebés e para mim foi muito doloroso estar nesse quarto”. (...) Estar com mulheres que tinham os seus bebés, quando eu tinha acabado de perder o meu... foi muito doloroso.” E14

		<p>Não fornecerem informações sobre a legislação</p>	<p>“ ... outra coisa que me deixou aborrecida. Por lei tenho direito a ficar em casa, durante um mês. Esta situação só me foi comunicada na segunda ida à maternidade (...) Ter-me-ia sido muito mais útil estar na primeira semana em casa (...) Relembro que as noites eram passadas com dores muito fortes, a dormir muito pouco e a ir trabalhar no dia seguinte ...” E3.</p>
		<p>Não fornecerem medicação para a dor</p>	<p>“ A medicação causa contrações e imensas dores, para as quais ninguém me tinha preparado (...) e eu sem saber se poderia tomar alguma medicação para aliviar as dores. E3</p> <p>“ Naquele momento queria que a minha dor fosse aliviada e isso não aconteceu (...) depois na altura em que eu estava muito aflita com as contrações toquei à campainha e veio uma auxiliar que me disse “ a senhora enfermeira disse que tem de aguentar, que não lhe pode dar nada”. Essas coisas não se esquecem.” E8</p>
		<p>Não mostrar o bebé</p>	<p>“Na altura da expulsão debrucei-me para o ver e lembro-me que a colega me disse que era melhor não ver, porque ele não vinha em muito bom estado (...) senti tristeza e uma enorme sensação de vazio.” E5</p> <p>“ Não me foi dada a oportunidade e eu queria ver o bebé.” E7</p> <p>“ Na primeira ecografia foi-me dada a oportunidade de ver o bebé no ecrã, o mesmo não aconteceu quinze dias depois na ecografia feita na maternidade. Hoje penso que gostaria de o ter visto, pois fico sem saber se o coração que eu tinha visto bater quinze dias antes, estaria ou não ainda a bater.” E3</p> <p>Ele [o marido] foi ao serviço e despediu-se dele, coisa que eu não pude fazer, pois só o soube no outro dia. A enfermeira achou que não me devia</p>

			<p>ser dada a notícia nesse momento. (...) aquilo que eu tinha esperado mesmo é que me tivessem deixado vê-lo vivo (...) eu gostava muito de o ter visto em vida ... isso é que me fez muita falta.”E11</p>
		Falta de acompanhamento	<p>“ Não tive qualquer acompanhamento [médico] posterior”. E3</p> <p>“ Senti pouco apoio...” E10</p>
		Não prestarem informação	<p>“ Gostava de ter tido mais informação sobre o processo de aborto terapêutico, o que iria sentir e o que poderia fazer para o colmatar.” E3</p>
		Indiferença	<p>“ Os médicos não falavam nada sobre os sentimentos, aplicaram o misoprostol, prescreveram a medicação para a dor e foram-se embora.” E5</p> <p>“ Lembro-me de sentir alguma indiferença por parte da minha médica, como que desvalorizando a situação, simplesmente porque “é normal”. Para mim não era normal.” E3</p>
		Evitar falar da situação	<p>“Senti alguma atitude de evitamento... talvez por eles próprios não saberem o que fazer. Mas o que nós precisamos é que nos ouçam, que ouçam os nossos silêncios e o que temos para dizer... foi talvez disso que senti mais falta.” E13</p> <p>“ Na vivência da perda tive pouco contacto com os profissionais, houve pouca gente que tenha ido ter comigo. (...) [os profissionais] nunca falaram comigo.” E11</p>
		Ignorarem o sofrimento	<p>“ gostaria que não ignorasse o meu sofrimento e que me ouvissem.” E13</p> <p>“ Falámos do futuro (...) sem valorizar o que me tinha acontecido” E12</p>
			<p>“ a médica que me fez a ecografia disse-me “o seu bebé está morto”, assim mesmo.” E5</p> <p>“ a enfermeira (...) teve a coragem de me dizer que apenas tinha de passar por um parto</p>

		<p>Frieza</p>	<p>normal, ter as dores normais de um parto, mas que depois ficaria tudo bem. (...) achei que era uma pessoa fria e sem sentimentos.” E10</p> <p>“ Ele [o meu marido] contou que mal chegou a casa recebeu um telefonema a dizer que o bebé tinha falecido e disse que quem deu a notícia foi um bocado frio... disse-lhe “você é que é pai dos gémeos? O seu bebé faleceu” E11</p> <p>“ ... notei nos profissionais uma certa frieza.” E8</p>
		<p>Usarem expressões que magoam</p>	<p>“ Atendendo à minha situação, de trabalhar em casa, acho que fui bem tratada, apesar de alguns colegas [enfermeiros] e auxiliares dizerem “deixa lá, és nova”, “podes ter outro”, essas frases foram as frases que mais me magoaram.” E5</p> <p>“ As palavras da enfermeira foram frias e desumanas, para quem acaba de receber a notícia de que perdeu um filho, ainda mais que estava no fim da gravidez.” E10</p> <p>“ o que me marcou mais foi (...) ouvir aquelas coisas todas “ tu ainda és jovem”, “ ainda podes tentar outra vez”, custou-me muito ouvir. Mesmo quando fui ao centro de transfusão feto-fetal houve alguém que me disse “se isto correr mal, lembra-te que ainda é só uma coisinha que aí está”, mas eu já não pensava assim, já eram dois filhos que eu tinha ali dentro.” E11</p> <p>“ Marcaram-me as expressões do “és nova, podes ter outro”, “estas coisas acontecem”. O mais importante não é dizer que estatisticamente não vai acontecer, até porque quem é que sabe que é assim que vai ser?!” E13</p> <p>“ Falámos do futuro (...) tudo numa perspectiva de esperança no futuro (...) com frases feitas que nesse momento ninguém quer ouvir”. E12</p>

“Reflexos da perda gestacional”

“Reflexos da perda gestacional”	Ser difícil encarar cada dia	<p>“ Tem sido uma vida de luta, dia após dia a enfrentar obstáculos.” E4</p> <p>“ Ainda me vêm as lágrimas aos olhos, mas acredito que daqui a uns anos seja mais fácil. Só o tempo pode curar.” E6</p> <p>“ Foi e ainda é difícil pensar no assunto, mas a maioria das vezes já consigo falar sobre o assunto sem chorar.” E10</p> <p>“ Ainda me custa encarar todas as coisas que estão relacionadas com a gravidez. (...) Quando vou à maternidade ver o irmão, só o vejo a ele e é uma alegria muito grande, mas quando chego a casa tudo volta.” E11</p>
	Ter momentos de desânimo	<p>“Tenho momentos em que me vou a abaixo e desânimo...” E4</p> <p>“ Muitas vezes apetece-me chorar, tem sido difícil.” E6</p>
	Procurar levantar a cabeça	<p>“ Tem sido uma vida de luta (...) mas tenho conseguido levantar-me.” E4</p>
	Recordar a perda	<p>“Recordo sempre o dia do seu aniversário e do seu funeral, essa é sempre uma semana difícil de passar.” E10</p>
	A lembrança constante	<p>“É uma perda que fica para toda a vida. Independentemente de ser a primeira uma pessoa nunca esquece. Nunca se esquece esses momentos, nunca se esquece o que se passou.” E1</p> <p>“ Lembro-me muitas vezes dele e de que gostava de o ter comigo.” E14</p> <p>“ Ainda hoje (...) consigo ver a sua carita. Mas ela, a minha Inês, estará sempre no meu pensamento, é uma marca que fica para sempre dentro de nós.” E10</p> <p>“ Lembro-me sempre... uma mãe nunca esquece.” E2</p>

	<p>“ Lembro-me constantemente ... uma mãe nunca esquece. Eu tive mais uma filha, é o que digo a toda a gente.” E13</p> <p>“ Claro que nunca mais se esquece ... é o meu bebé.” E7</p>
Recusar aceitar que o bebé não nasceu para a vida	“os dias da perda e a data provável do parto são sempre lembrados, quase como se fosse um aniversário. (...) nós recordamos o dia, embora ele não esteja cá para apagar as velas.” E5
Ter depressões ligadas á perda	“ Emagreci muito na altura e nunca mais recuperei completamente... tenho depressões...” E14
Sentir dificuldade no relacionamento com os outros	<p>“ ... acho que os meus colegas olham para mim com pena. Eu até evito estar com as pessoas da minha terra porque não consigo lidar com esse sentimento.” E11</p> <p>“ Inicialmente evitei o contacto com as outras pessoas, com os amigos, deixei até de ir ao cabeleireiro ou ao centro comercial, com medo da abordagem das pessoas ... foi um caminho.” E13</p>
Viver com medo	“ Tenho medos, ... que estão ligados (...) também à perda do meu bebé.” E14
Sentir ansiedade	“ Sinto (...) ansiedade que estão ligados (...) também à perda do meu bebé.” E14
Sentir pânico perante uma nova gravidez	<p>“ Mesmo quando engravidei novamente (...) estive em pânico com medo que voltasse a acontecer. Foi uma caminhada”. E14</p> <p>“ tive a sorte de engravidar logo (...) mas o receio que voltasse a acontecer persistiu a gravidez toda. Vivi a minha segunda gravidez em sobressalto constante e então a última fase da gravidez foi horrível, vivida com um medo constante.” E13</p>
	“ Claro que é uma coisa que nunca se esquece, principalmente quando se vive novamente um momento difícil como vivi agora, com a minha segunda gravidez (...) Voltei a vivenciar parte do que aconteceu novamente.” E1

	Reviver o passado numa nova gravidez	<p>“ passados dois meses engravidei novamente (...) claro que novamente com o pé atrás, porque tinha medo que pudesse voltar a acontecer.” E7</p> <p>“ foi só deixar passar os meses recomendados, engravidar do meu primeiro filho e dos outros dois que tive, sempre com receio que me pudesse voltar a acontecer.” E12</p>
	Sentir saudade	<p>“ Ainda hoje sinto a falta do bebé na minha barriga (...) ele era o mais mexido. Parece que ainda hoje sinto a falta dele dentro de mim.” E11</p> <p>“... lembro-me muitas vezes dele e gostava de o ter comigo”. E 14</p>
	A dúvida constante	<p>“ Passam-me muitas questões pela cabeça, o porquê de ter acontecido, ainda hoje me questiono muitas vezes.” E6</p>
	Não conseguir ver outras mulheres grávidas	<p>“ Nos primeiros meses não conseguia ver ninguém grávida.” E8</p>
	Ter dificuldade em encarar a noite	<p>“ o que me custa mais é a noite, porque sei que foi durante a noite que o salvador morreu e não me disseram nada, e estou em casa sempre a pensar que pode acontecer outra vez a mesma coisa. (...) vivo em constante sobressalto.” E11</p>
	Procurar explicações	<p>“ Entretanto fui a um geneticista, para saber qual poderia ser o problema.” E1</p>

Experiências para ultrapassar a perda gestacional

Experiências para ultrapassar a perda gestacional	Voltar a engravidar	<p>“ ... a gravidez da Mariana também ajudou, veio afastar outro fantasma (...) Esta nova gravidez veio ajudar a atenuar a dor.” E2</p> <p>“ Foi muito difícil mas passados dois meses engravidei novamente e voltou novamente a ilusão.” E7</p>

	<p>“ Neste momento estou novamente grávida de 17 semanas e tudo indica que o desfecho será mais feliz ... fiquei contente.” E3</p> <p>“ o facto de ter havido logo outra gravidez ajudou a atenuar os meus sentimentos, a minha perda.” E8</p> <p>“ O facto de conseguir engravidar novamente foi importante.” E9</p> <p>“ Depois disso fometei ainda mais o meu desejo de ser mãe (...) comecei logo a tentar mal me deram luz verde.” E1</p> <p>“ tive a sorte de engravidar logo que a minha médica me deu luz verde.” E13</p> <p>“ Tenho vontade de reconstruir a minha vida e de ter outro filho.” E4</p>
Partilhar a experiência a dois	“ Lidar com esta situação no seio do casal foi muito bom.” E3
Ter o apoio do companheiro/ marido	“ Tive a companhia do meu marido que me apoiou bastante e me deu consolo.” E9
Ouvir outras experiências semelhantes	<p>“ ... a única pessoa que soube naquela altura foi uma prima com quem tenho excelente relacionamento e que acabou por me falar sobre um conjunto de experiências de outras amigas delas, o que foi muito positivo.” E3</p> <p>“ O procurar as instituições de apoio foi importante. O contacto com outras mulheres que tinham passado pelo mesmo que eu foi importante.” E13</p> <p>“ O facto de colocarem lá uma senhora que também estava na mesma situação, foi importante.” E9</p>
Não contar a ninguém (nem a gravidez nem a perda)	“Na altura optei por não contar a ninguém para garantir que ninguém me ia falar no assunto (...) teria sido péssimo toda a gente a questionar (...) Hoje tenho a certeza que foi a melhor decisão que tomei.” E3