



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**QUANDO A MORTE ANTECEDE O NASCIMENTO:
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NA ASSISTÊNCIA
À MULHER QUE VIVÊNCIA UMA MORTE FETAL**

Ana Casalta Miranda

Orientação: Professora Doutora Maria Otília Brites

Zangão

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Relatório de Estágio

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**QUANDO A MORTE ANTECEDE O NASCIMENTO:
ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM
SAÚDE MATERNA E OBSTERICIA NA ASSISTÊNCIA
À MULHER QUE VIVÊNCIA UMA MORTE FETAL**

Ana Casalta Miranda

Orientação: Professora Doutora Maria Otília Brites
Zangão

Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia
Relatório de Estágio

Évora, 2016

RESUMO

A perda gestacional é uma experiência dolorosa e complexa para a mãe/casal. O enfermeiro surge como promotor da adaptação á perda. Com esta intervenção, pretendo assegurar boas práticas de enfermagem na assistência às mulheres/casais em situação de perda gestacional. Foi realizado um estudo qualitativo em que se realizaram entrevistas a mulheres que vivenciaram perda gestacional e aos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica como prestadores de cuidados. Os resultados mostram que os enfermeiros consideram a perda gestacional uma experiência difícil de vivenciar, identificando necessidades de formação. As mulheres referem diferenças na abordagem por parte dos enfermeiros aquando dos cuidados recebidos, falta de apoio e necessidade de encaminhamento após a alta hospitalar. Efetuou-se formação aos enfermeiros com peritos da área e desenvolveram-se procedimentos para uniformizar os cuidados. Foi criado um procedimento para uniformizar a prática e materiais de suporte para o apoio na prestação de cuidados de enfermagem.

DESCRITORES (DeCS): Enfermeiras Obstétricas; Gestantes; Morte Fetal; Luto

WHEN THE DEATH ANTECIPATES THE BIRTH: MIDWIVES' ROLE IN
ASSISTANCE TO WOMEN WHO EXPERIENCE FETAL DEATH.

ABSTRACT

Pregnancy loss is a painful and complex experience to the mother/couple. The nurse is the promoting agent to the loss adaptation. With this project, I intend to ensure good nursing practices in assisting women/couples who experience a pregnancy loss. A qualitative study was performed, in which interviews were conducted to women who experienced a pregnancy loss and to nurse-midwives who provided care. Results demonstrated that nurse-midwives find pregnancy loss as a difficult experience, identifying educational needs. Women relate differences in the nurse-midwives' approach during care, lack of support and the need of follow-up after hospital discharge. Nurse-midwives were subjected to training with experts and procedures were developed in order to standardize care. A practice standardizing procedure and educational materials were created to support nursing practice.

DESCRIPTORS (DeCS): Nurse Midwives; Pregnant Women; Fetal Death; Grief

“Mulheres que geram, mas não dão á luz?...é quase uma antítese, um paradoxo. Não é possível! Quem gera tem que dar á luz! Ou teria que dar á luz. Ou deveria dar á 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)

Á memória do meu irmão
Aos meus pais, e a todos os pais que experienciaram a dor... avassaladora pela perda de
um filho.

Agradecimentos

À orientadora, professora Doutora Maria Otília Zangão expresso o meu profundo agradecimento pela persistência, disponibilidade, estímulo, paciência e palavras de incentivo nos momentos difíceis.

Ao Guilherme, Augusto, e ao Luis um obrigado e um desculpem, vocês sabem porquê... Pela ajuda, disponibilidade, amizade encorajamento e por acreditarem em mim, quero deixar um abraço de profunda gratidão e amizade á Sandra Risso, Ana Ferrão, Carina Lamego,

À Enfermeira Helena Almeida, pela motivação, carinho, e força preciosa dadas em momentos cruciais

Uma palavra de gratidão a todas as mães que se disponibilizaram a reviver a experiencia dolorosa de perder um filho, sem elas a concretização deste projeto não tinha sido possível
Às colegas da área obstétrica do CHBM, EP um obrigado, sem a vossa colaboração não tinha sido possível a concretização deste projeto.

À Maria do Anjo, Tânia Ribeiro, pelo ombro amigo nos dias menos bons,

Às colegas do mestrado pelo companheirismo

Enf.^a Enilda, Enf.^a Suzana, Enf.^a Sandra Risso, Enf.^a Carina Lamego, Enf.^a João, Dr.^a Aurora Silva e Dr.^a Fátima Lourenço, muito obrigado, por terem aceitado o desafio para caminharmos lado a lado com estas mulheres / casais no enfrentar a reorganização do luto perante a perda gestacional.

A todos que direta ou indiretamente tornaram possível a concretização deste estudo tornando-o num acontecimento valioso para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

A todos o meu sincero obrigado!

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. ANÁLISE DE CONTEXTO.....	16
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL.....	17
2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS.....	19
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	21
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTE.....	23
3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	23
3.1.1. Caracterização da População-Alvo dos EESMO.....	23
3.1.2. Caracterização da População-Alvo das Mulheres.....	24
3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO.....	25
3.2.1. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo dos EESMO.....	25
3.2.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo das Mulheres.....	40
3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO	56
3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO.....	60
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS.....	62
4.1. OBJETIVO DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL.....	62
4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO DOS EESMO.....	62
4.3. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO DAS MULHERES.....	63
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	65
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES.....	65
5.2. METODOLOGIAS.....	67
5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS.....	68
5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS.....	69
5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	69
5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	70
5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	70
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO..	72
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS.....	72
6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA.....	74

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS.....	75
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	76
8. CONCLUSÃO	79
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
APÊNDICES	93
APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO DO SUOG	94
APÊNDICE B - GUIÃO DE ENTREVISTA AOS EESMO.....	98
APÊNDICE C - GUIÃO DE ENTREVISTA A REALIZAR AS MÃES EM SITUAÇÕES DE PERDA GESTACIONAL.....	100
APÊNDICE D - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS EESMO	102
APÊNDICE E - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MULHERES .	104
APÊNDICE F - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO E Á COMISSÃO DE ÉTICA DO CHBM, EPE.....	106
APÊNDICE G - AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DO PROJETO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHBM, EPE	108
APÊNDICE H - APRESENTAÇÃO DO PROJETO Á EQUIPE DE EESMO DO SUOG DO CHBM, EPE	110
APÊNDICE I - WORKSHOP SOBRE COMUNICAÇÃO DE MÁIS NOTÍCIAS	117
APÊNDICE J - PROCEDIMENTO SETORIAL “CUIDADOS DE ENFERMAGEM Á MULHER/CASAL QUE VIVENCIA UMA SITUAÇÃO DE PERDA GESTACIONAL”.....	120
APÊNDICE K - FOLHETO NUM TURBILHÃO DE SENTIMENTOS – A PERDA NA GRAVIDEZ	132
APÊNDICE L - POSTER “A PERDA NA GRAVIDEZ”.....	134
APÊNDICE M - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA CRIAÇÃO DE UM ENDEREÇO DE CORREIO ELETRÓNICO PARA PARTILHA DE EMOÇÕES.....	136
APÊNDICE N - OTIMIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO DO SUOG.....	138
APÊNDICE O - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS DOS EESMO	140
APÊNDICE P - PROPOSTA DE PROJETO DE ESTÁGIO.....	150
APÊNDICE Q – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO NAS ÁREAS DE SAÚDE HUMANA E BEM-ESTAR DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO	156
APÊNDICE R - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DO LUTO (WBQ-12) .	158

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Áreas de Influência Geográfica dos Concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete	17
Figura 2 - Gráfico de Taxas de Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal, 1996-2013.	18
Figura 3 - Dados Relativos a Nascimentos, Mortes Fetais/Perinatais no CHBM, EPE	18
Figura 4 - Dados Relativos a Fetos Mortos de 28 e mais Semanas por Áreas Geográficas	19
Figura 5 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente da População Alvo dos EESMO	26
Figura 6 - Análise Fatorial de Correspondência da População Alvo dos EESMO.....	38
Figura 7 - Árvore de Similitude da População Alvo dos EESMO.....	39
Figura 8 - Nuvem de Palavras da População Alvo dos EESMO.....	40
Figura 9 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente da População Alvo das Mulheres	41
Figura 10 - Análise Fatorial de Correspondência da População Alvo das Mulheres	54
Figura 11 - Árvore de Similitude da População Alvo das Mulheres.....	55
Figura 12 - Nuvem de Palavras da População Alvo das Mulheres	55
Figura 13 - Vivências dos Profissionais no Cuidado à Mulher que Sofreu Perda Gestacional. ..	59
Figura 14 - Cronograma de Atividades	71

1. INTRODUÇÃO

O ciclo de vida humana compõe-se de várias etapas, sendo a primeira o desenvolvimento embrionário, seguindo-se o nascimento, a infância, a idade adulta e a última etapa, a morte, o fim da vida. Estas etapas são fenómenos universais, pessoais e únicos. A vida e a morte andam de mãos dadas marcando ambas, presença no nosso quotidiano. Por vezes, a morte inverte a sequência lógica do ciclo vital, levando a perdas precoces, tais como aquelas que ocorrem durante a gravidez (Ampese, Perosa & Haas, 2007).

As expectativas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte, quando os pais são confrontados com uma perda gestacional sentem-se como que atraíçoados, enganados e frustrados. Os pais são como que impedidos de vivenciarem o sonho da maternidade, ou seja, experienciarem o acontecimento de vida tão poderoso e carregado de um profundo significado, quanto é o nascimento de um filho (Amirali & Dias, 2010). As perdas suscetíveis de ocorrerem na gravidez podem ser de diferente natureza, incluindo a interrupção médica da gravidez por malformação fetal, o aborto espontâneo, a morte fetal, entre outras (Canavarro, 2006).

Emerge assim a necessidade de clarificar alguns conceitos. A designação de perda gestacional que engloba um conjunto de situações de perda que podem acontecer durante a gestação ou após o parto, tais como o aborto espontâneo/interrupção espontânea da gravidez, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, a interrupção voluntária da gravidez e a interrupção terapêutica por malformações fetais (Canavarro, 2006).

Muitas destas perdas acontecem durante uma gravidez sem intercorrências, sem qualquer sinal prévio, levando ao aumento do choque sentido pelos pais perante a notícia da morte do bebé, dificultando a aceitação do acontecimento (Callister 2006). Para Gerber-Epstein, Leichtentritt e Benyaminy (2009), a gravidez, para a mulher, representa a concretização de um sonho, sonho esse que é transformado em pesadelo quando a gravidez é interrompida. Cabral (2005) acrescenta que a morte inesperada é a mais traumatizante, colocando obstáculos sérios na elaboração do luto.

Define-se aborto espontâneo como sendo o processo de término da gravidez antes de se atingir uma idade gestacional que possibilite a viabilidade fetal (Moura, 2010). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), existe aborto se a gravidez termina antes das 22 semanas completas de gestação, ou se o produto da concepção tiver peso inferior a 500 gramas (WHO, 2006).

O conceito de morte fetal, segundo a OMS consiste na morte anterior á completa expulsão ou extração de um produto da concepção do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez (WHO, 2006).

Os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (2014) permitem verificar que nos últimos anos se tem assistido em Portugal a uma diminuição no número de mortes de fetos/recém-nascido, verificadas entre as 22 semanas de gestação e os primeiros sete dias a seguir ao parto. Esta diminuição deve-se ao avanço da tecnologia, uma vez que esta permitiu uma vigilância e rastreio atempado de complicações durante a gravidez.

No entanto, apesar de cada vez mais raras, as perdas gestacionais continuam a acontecer, envolvidas num quadro de dor e drama. A perda gestacional é uma situação complicada para os pais e famílias, trazendo muitas vezes graves alterações na vida da família. O modo de lidar com esta perda é influenciado por muitos aspetos da história reprodutiva do casal (Ekelin, Crang-Svalenius, Nordström & Dykes, 2008). Em situações de perda gestacional são comuns sentimentos como dor, tristeza, culpa, impotência e frustração por não ter conseguido levar a gravidez até ao fim (Ampese et al., 2007). A perda gestacional pode causar efeitos devastadores na saúde mental do casal, não só no momento da perda, como também em gravidezes posteriores á perda (Hill, Debackere & Kavanaugh, 2008; Woods-Giscombé, Lobel & Crandell, 2010). A complexa experiência da perda fetal torna-se mais delicada e complexa devido a não se tratar de uma simples perda; mas da sobreposição de duas experiências de perda; uma pela morte em si e outra inerente á quebra de expectativas.

Quando ocorre uma perda na gravidez, esta constitui sempre uma má notícia, pois este acontecimento provoca uma situação crítica, tanto para os pais e familiares, como para os profissionais que os assistem, pois são eles, os responsáveis pela comunicação da mesma. A forma como a notícia é comunicada ao casal vai influenciar a vivência do processo de luto. Ao comunicar a má notícia, é importante que o Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) compreenda a dimensão deste fenómeno na vida dos pais e família, tal como nos refere Amirali e Dias (2010) o enfermeiro, em situações de perda na gravidez, deve ter em conta que o cuidar de uma família que experiencia a perda envolve aspetos emocionais, culturais, morais e éticos, pelo que deve atuar respeitando os valores humanos. Assim, o enfermeiro deverá procurar criar um ambiente de empatia, confiança e adaptação, sendo que a notícia deve ser dada de uma forma gradual, clara e

aberta, adaptada á vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber manifestada pela pessoa.

Após a notícia de perda emergem sentimentos tais como, tristeza, culpa, impotência, fracasso, desespero, revolta, entre outros e é frequente a mulher/casal procurar explicações no sentido de justificar a perda e amenizar a dor. Esta dor será ultrapassada com o passar do tempo á medida que o luto vai sendo elaborado pela família. Rolim e Canavarro (2006) consideram o luto como o estado de dor e sofrimento subsequente á perda e o processo de luto como o processo psicológico de elaboração da perda. Este processo de luto é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011, p.69), de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como o “processo de resolver o luto reação 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 reações e emoções de sofrimento”.

Segundo Schott, Henley e Kohner (2007) o luto é considerado como uma ferida que pode ser reaberta inúmeras vezes. Gesteira, Barbosa e Endo (2006) referem que a perda de um filho envolve um tipo particular de luto que solicita adaptações, tanto sob os aspetos 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. O processo de luto e as respostas que este processo gera nas pessoas enlutadas foi analisando por vários autores, desde Freud (1995), até aos dias de hoje. Das diferentes categorizações exponho o citado por Bowlby em Perry e Potter (2006), o qual enumera quatro fases do processo de luto, designadas de fase de entorpecimento; fase da saudade e procura; fase de desorganização e desespero e fase de reorganização.

Os EESMO não se sentem preparados para lidar com a morte num ambiente em que diariamente brotam novas vidas. O momento de comunicar á mulher/família o diagnóstico de perda gestacional torna-se muito delicado, na medida em que provoca ansiedade e insegurança no profissional de enfermagem responsável pela transmissão dessa má notícia (Montero et al., 2011). Diversos estudos revelam que os enfermeiros encontram dificuldades para abordar e até para empreenderem os cuidados necessários á mulher com perda gestacional (Montero et al., 2011; Santos, Rosemburg e Buralli., 2004). Como nos refere Pereira (2008), o enfermeiro adota comportamentos de fuga, não só devido ao medo de enfrentar as reações emocionais da pessoa em questão, mas também devido á dificuldade em gerir os seus receios face á própria morte ou doença, causando a

sensação de “espelho”, ou seja, imaginar-se a ele próprio naquela situação, afastando-se para não ter de a vivenciar.

As atitudes dos cuidadores podem ser confundidas pela mulher/família como indiferença e frieza, contudo podem refletir a falta de preparação dos mesmos para lidarem com a perda e com o (s) outro (s) que se encontra (m) a vivenciar (em) este processo, o que vai influenciar a sua conceção de morte, assim como a expressão da sua dor.

O modo como cada enfermeiro lida com as questões referentes á morte e á dor da perda irá depender de diferentes fatores, tais como: a sua história pessoal de perdas; de experiências com a morte e da elaboração de luto; valores culturais em que está inserido, além da sua formação universitária e capacitação em serviço (Kóvacs, 1996). Para além da responsabilidade e desgaste emocional implicados, as perdas das mulheres/casais acabam por se reverter também em perdas para o enfermeiro, que necessita de reconstruir, diariamente, o seu trabalho de forma válida e significativa para se sentir coerente como pessoa e profissional (Amirali & Dias, 2010).

O processo de luto que a mulher/casal tem de vivenciar após a perda constitui todo ele um processo de adaptação - adaptação á perda. Segundo Rolim e Canavarro (2006), o objetivo da enfermagem é, portanto, promover essa adaptação, contribuindo, desta forma, para a saúde e qualidade de vida das pessoas.

Este relatório insere-se no âmbito da unidade curricular Relatório Final do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, para detentores de título de Mestre da Universidade de Évora. O presente documento tem o propósito de descrever e refletir as atividades desenvolvidas para dar corpo ao projeto proposto.

O referido projeto foi desenvolvido no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Entidade Pública Empresarial (CHBM, EPE), tendo incidido na readaptação do espaço físico e na capacitação da equipa de enfermagem para assegurar cuidados na melhoria da qualidade assistencial á mulher/casal/família, que vivenciam experiência de perda gestacional. A pertinência deste projeto prendeu-se com a dificuldade, quer de profissionais, quer dos pais em lidar com as vivências decorrentes de uma situação de perda gestacional.

Este relatório encontra-se dividido em diferentes secções e subsecções, respeitando o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem e do Regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre da Universidade de Évora (Ordem de Serviço nº 8/2013).

Desta forma, estruturalmente, este relatório inicia-se com a introdução, seguindo o desenvolvimento com a análise do contexto de aplicabilidade do projeto, a identificação das necessidades da população-alvo, a justificação dos objetivos e atividades planeadas, o processo de avaliação do projeto e a análise reflexiva sobre as competências profissionais desenvolvidas e por fim os principais aspetos conclusivos.

Para a elaboração deste relatório foram seguidas as normas de publicação de trabalhos da *American Psychological Association* (APA) 6ª edição e o Regulamento do Estágio de natureza profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem – Ordem de Serviço nº 18/2010 da Universidade de Évora.

2. ANÁLISE DE CONTEXTO

O acompanhamento por parte dos EESMO influencia fortemente a forma como os casais vivenciam a experiência de perda gestacional.

Na prática diária do meu desempenho questiono-me como vivenciam os EESMO esta experiência de modo a ajudarem a mulher/casal/família perante situação de perda fetal. Estarão também eles preparados para cuidar destes casais?

Segundo Monteiro (2012) o enfermeiro, ao prestar cuidados a uma mulher que vive uma situação de perda gestacional poderá entrar em conflito com a profissão e a sua cultura, sofrendo perante esta situação, o que o impedirá de prestar cuidados adequados. O mesmo autor refere que, a maioria das vezes, o enfermeiro consegue perceber a necessidade de cuidados, mas perante o seu sentimento doloroso prefere o silêncio e o afastamento. Também Zigel e Cranley (1985) referem que a morte de um feto traz consigo um conflito sério. O nascimento é visto como uma ocasião de alegria e otimismo e de repente, surge a perda e o sofrimento. Os enfermeiros que escolheram a vertente de obstetrícia não estão acostumados a lidar diariamente com a morte, mas sim com a vida, sentem dificuldades na prestação desses cuidados específicos. Assim, considero que o EESMO, confrontado com a perda fetal, a desilusão e o sofrimento dos pais, irá passar por um misto de emoções e sofrer uma série de experiências que podem ter implicações na forma como cuidam.

Perante o exposto e considerando a minha história de vida referente a perdas, dificuldades na superação do luto e o interesse que sempre me acompanhou em querer saber mais acerca desta temática da perda/morte gestacional, levaram-me a querer conhecer e compreender as vivências dos enfermeiros perante a mulher que experiencia perda gestacional, de forma a identificar e corrigir lacunas para melhor intervir no cuidar desta mulher, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Face á realidade do SUOG do CHBM, EPE, enquanto EESMO deparo-me, na maioria das vezes, com a dificuldade na comunicação, no acompanhamento e na intervenção á mulher/família que vivenciou situação de perda fetal por parte da equipa de enfermagem. Pereira (2008) refere que o período considerado como o mais difícil de intervenção é o que surge imediatamente a seguir á perda, o que exige o estabelecimento de uma relação de ajuda. Pelo que considero imprescindível que o EESMO, visto ser o profissional que mantém uma maior proximidade á pessoa, seja detentor de conhecimentos acerca do processo de luto e compreenda as necessidades de quem sofreu a perda, assegurando um

ambiente propício á expressão de sentimentos e emoções, para poder intervir de forma eficaz perante situações de perda gestacional.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O CHBM, EPE foi criado a 1 de Novembro em 2009 através do decreto de lei nº 280/2009, integrando o Hospital Nossa Senhora do Rosário (no Barreiro) e o Hospital do Montijo, sendo que o Hospital Nossa Senhora do Rosário existe desde 1959, tendo o atual edifício sido inaugurado em Setembro de 1985.

Esta instituição hospitalar serve uma população de 213.584 habitantes, residentes nas áreas de influência geográfica dos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete (Figura 1).

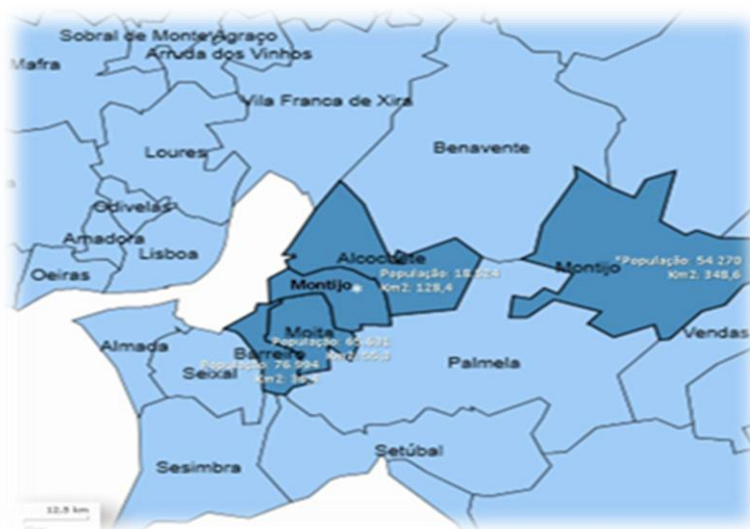


Figura 1 - Áreas de influência geográfica dos concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete

Fonte: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1591/Plano_Local_de_Saude_do_Arco_Ribeirinho.pdf

A área de Obstetrícia está localizada na unidade do Barreiro, integrando o SUOG, que se situa no piso 1 do edifício principal, local onde foi realizada esta intervenção. O SUOG integra, no mesmo espaço físico, as duas valências: Urgência Obstétrica e Ginecológica. Para uma melhor visualização do espaço físico deste serviço, segue-se a descrição do SUOG no Apêndice A. Para facilitar a descrição do mesmo, sinaliza-se, na planta, as cinco zonas distintas, que identifiquei por zonas A, B, C, D, E.

Dados estatísticos mostram que em Portugal, e á semelhança do que sucede em outros países desenvolvidos, a taxa de nascimentos tem mostrado um decréscimo. Em 2013 segundo o INE (2014) houve um decréscimo de nascimentos de 12% face aos do ano anterior, facto que tem sido constatado ao longo da última década (figura 2). Também as taxas de mortalidade fetal e perinatal seguem este padrão, conforme figura 2.

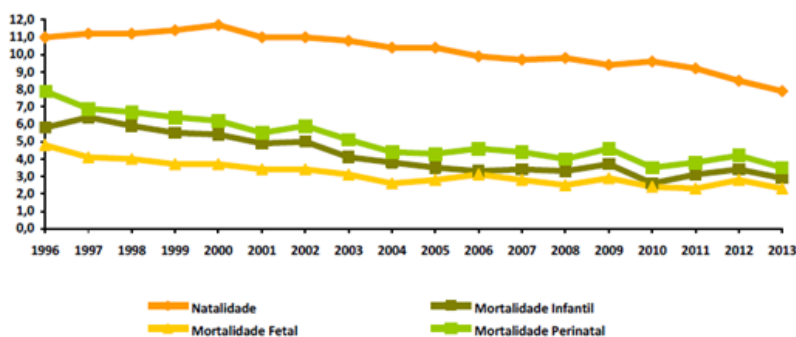


Figura 2 - Gráfico de taxas de natalidade, Mortalidade infantil, fetal e perinatal, 1996-2013

Fonte: <http://www.dgs.pt/?cr=26028>

A realidade no CHBM, EPE revela também este padrão, conforme a figura 3.

	ANOS		
	2013	2014	2015
TOTAL DE PARTOS	1502	1446	1417
MORTES PERINATAIS	13	5	4
CURETAGENS OBSTÉTRICAS PÓS-ABORTO	140	139	132
FETOS > 12 E < 28 SEMANAS ENVIADOS PARA O CENTRO DE GENÉTICA	N/HÁ REG.	19	14

Figura 3 - Dados relativos a nascimentos, mortes fetais/perinatais no CHBM, EPE

Fonte: Estatística do SUOG

Apesar desta diminuição, a perda gestacional faz ainda parte do quotidiano de muitos casais, acontece inesperadamente, sendo suportada com grande sofrimento para quem a vivência. A dificuldade que os EESMO apresentam em lidar com a morte e com os casais que atravessam a perda gestacional, levou-me a querer perceber como estas mulheres a vivenciam e recebem os cuidados. Esta dificuldade prende-se com o facto de os EESMO terem formação mais direcionada para o nascimento e não para a morte, sentindo dificuldade em prestar apoio neste processo, por se ter a conceção de que no ambiente da

maternidade, deve ser um local de surgimento de novas vidas e não de um local onde a morte acontece (Ampese et al., 2007). A falta de preparação durante o curso é também um fator de dificuldade para os enfermeiros (Stott, 2014).

Podemos observar na figura 4, no que se refere aos dados selecionados para a península de setúbal, referentes apenas á mortalidade perinatal, pois não existem dados estatísticos referentes á perda gestacional anterior às 28 semanas, o que se considera uma lacuna. Estes dados podem-nos sugerir a falta de relevância atribuída á perda gestacional numa fase precoce, o que justifica a importância de estudar a problemática. Canavarro (2006) refere que, independentemente da idade gestacional, a dor, essa, tem a mesma intensidade.

NOVAS NUTS I, II e III	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL*	315	253	234	260	190
Continente, Açores e Madeira	291	241	225	248	188
Continente	271	229	209	227	182
Norte	74	59	67	49	53
Minho-Lima	4	3	8	3	4
Cávado	7	10	4	4	2
Ave	10	6	4	2	5
Grande Porto	24	24	33	29	25
Tâmega	11	6	7	8	6
Entre Douro e Vouga	7	4	7	0	6
Douro	3	3	2	1	3
Alto Trás-os-Montes	8	3	2	2	2
Centro	41	37	28	34	35
Baixo Vouga	12	12	7	11	9
Baixo Mondego	3	8	7	6	6
Pinhal Litoral	11	3	4	3	8
Pinhal Interior Norte	4	0	2	3	2
Dão-Lafões	2	4	4	3	4
Pinhal Interior Sul	2	1	0	0	0
Serra da Estrela	1	1	0	3	1
Beira Interior Norte	3	3	3	1	2
Beira Interior Sul	1	3	0	3	2
Cova da Beira	2	2	1	1	1
Lisboa	128	101	98	105	75
Oeste	13	6	9	12	9
Médio Tejo	10	5	6	4	1
Lezíria do Tejo	7	0	0	4	3
Grande Lisboa	76	59	59	63	51
Península de Setúbal	22	22	21	22	11

Figura 4 - Dados relativos a fetos mortos de 28 e mais semanas por áreas geográficas

Fonte: <http://www.dgs.pt/?cr=26028>

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A nível de recursos humanos de enfermagem existe uma enfermeira com funções de chefia, uma enfermeira de horário fixo que assume funções de gestão na ausência da Enfermeira Chefe e de prestação de cuidados (de acordo com as necessidades do serviço) e 22 EESMO, uma das quais responsável pela Formação em Serviço. Existe apenas uma enfermeira de cuidados gerais (nos turnos em que está presente, fica responsável pelo bloco operatório e recobro).

A distribuição da equipa multidisciplinar é variável em cada turno, ou seja, encontram-se escalados no mínimo quatro EESMO no turno da Manhã e três na Tarde e Noite; dois assistentes operacionais nos turnos da manhã e tarde e um na noite e três médicos obstetras/ginecologistas (nas 24h/dia). Um EESMO fica responsável pela admissão, outro pelo bloco operatório e recobro e dois pelas boxes, verificando-se entreajuda sempre que existem mais necessidades de cuidados em determinado setor.

O método de distribuição de trabalho é o de enfermeiro responsável. O enfermeiro especialista não é autónomo para fazer o internamento informático da grávida em trabalho de parto, sendo o médico obstetra a efetuá-lo. Só depois do internamento efetuado, é que o EESMO procede á elaboração de todo o processo da utente, nomeadamente a entrevista de admissão e a sua preparação física. A anamnese é realizada informaticamente, sendo que o restante processo ainda se encontra em suporte de papel, perspetivando-se alterações a curto prazo no que se refere aos registos informáticos.

Os EESMO têm a preocupação em promover o parto eutócico humanizado, na medida em que promovem a presença da pessoa significativa durante o trabalho de parto, parto e puerpério, a deambulação da grávida sempre que possível, a ingestão de líquidos claros, a utilização da bola de Pilates, a musicoterapia, o contacto precoce pele a pele do recém-nascido após a expulsão e o aleitamento materno precoce (o CHBM recebeu em Junho 2016 a (re) certificação de Hospital Amigo dos Bebés) e técnicas de relaxamento (massage shiatsu) na fase latente do trabalho de parto. Todos estes projetos estão inseridos no âmbito do Projeto Maternidade com Qualidade, promovido pela Ordem dos Enfermeiros. Também o bem-estar dos profissionais não é descurado sendo uma mais-valia a introdução do Projeto “ Cuidar de quem cuida – técnicas de Reiki”.

Na perspetiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados a equipa de enfermagem encontra-se envolvida em outros projetos internos e externos que visam o atendimento eficaz e mais humanizado às utentes utilizadoras do SUOG. A equipa demonstra também preocupação com a formação contínua, sendo elaborado um plano anual de formação, ao qual se dá cumprimento.

A nível dos recursos de materiais, esta unidade, possui no seu inventário equipamentos: de material informático (computadores, impressoras, fax, impressora) para registo informatizado dos procedimentos realizados; equipamento médico: ecógrafos, Central de monitorização cardio-fetal com telemetria em fase de instalação; equipamento de apoio á anestesia (monitores multiparâmetros, ventiladores, carro de urgência com desfibrilhador); equipamento e instrumental cirúrgico necessário a toda a cirurgia do foro

obstétrico e ginecológico e uma unidade de eletrocoagulação. A nível de mobiliário hoteleiro, nomeadamente camas de parto, apenas duas de um total de sete são articuladas permitindo diferentes posicionamentos. Faz também parte do equipamento um sistema de *Ekanban*® informatizado para rececionar/acondicionar todo o material de uso clínico permitindo em tempo real gerir consumos. No que se refere ao equipamento de mobiliário necessário para dar apoio às mães /casais em situação de morte fetal, verifica-se uma lacuna em relação ao acompanhante cuidador, nomeadamente no que se refere á falta de uma *chaise – longue* /divã para que este possa descansar durante a noite de uma forma mais condigna e confortável que não numa cadeira ou cadeirão, assim como de um espaço mais adequado com maior privacidade e o mais isolado das outras parturientes.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem define-se como uma profissão de cuidados transculturais, centrando-se na promoção do cuidado humano, de forma congruente, empática e respeitando os valores culturais de cada pessoa (Braga, 1997). Numa abordagem mais filosófica a Enfermagem é a arte de cuidar, sendo o desenvolvimento do sentimento de empatia pelos enfermeiros face aos utentes de extrema importância no sucesso da relação terapêutica (Takaki & Sant' Ana, 2004).

Segundo Mariutti, Furegato, Scatena e Silva (2005) a relação de ajuda baseia-se na interação terapêutica entre o profissional de enfermagem e o utente, permitindo que a pessoa tenha a oportunidade de expressar livremente as suas preocupações. É, portanto, um processo através do qual a pessoa tenta, de forma consciente, ajudar a outra pessoa a aliviar a sua ansiedade e a aumentar a sua capacidade adaptativa.

Considerando que as expectativas criadas pela mulher/casal durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte, a confrontação com a notícia de uma perda gestacional é geradora de desespero, sofrimento, dor, impotência e fracasso (Ampese et al., 2007). É neste domínio que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia através das suas competências assume extrema importância no acompanhamento destas mulheres/casais que se deparam com uma perda gestacional.

De acordo com o Regulamento Específico das Competências do EESMO, este profissional deve providenciar cuidados á mulher e facilitar a sua adaptação, durante o

período pré-natal e em situação de abortamento. O EESMO mediante a aquisição e aperfeiçoamento das suas competências concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio á mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento e coopera com outros profissionais no tratamento da mulher em complicações pós-aborto (OE, 2010). Nesta área do cuidar, o desenvolvimento de competências pelo profissional de enfermagem assume fulcral pertinência, pois é essencial que demonstre uma conduta adequada e fundamentada não só a nível do saber cognitivo, mas acima de tudo assente na relação de ajuda para com a mulher/casal.

De acordo com Benner (2001) o ingresso na profissão de enfermagem exige a aprendizagem técnica, onde a aquisição de competências é sublimada pelas aprendizagens decorrentes da prática de cuidados, da experimentação e da partilha de saberes, numa constante busca pela primazia no cuidar do outro.

Neste âmbito, enquanto mestrande e EESMO objetivando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem á mulher/casal com vivência de perda gestacional equacionei o planeamento e desenvolvimento de uma intervenção profissional direcionada para o atendimento e acompanhamento destas mulheres/casais. Como refere Cabral (2005), os enfermeiros desempenham um papel fundamental, quando um indivíduo ou família percebe uma experiência de perda, especialmente, porque nem todas as pessoas têm a mesma capacidade de gerir reações e emoções perante a morte, podendo surgir dificuldades de adaptação e conseqüentemente, um processo de luto patológico no qual é necessário intervir adequadamente.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTE

A população define-se como o grupo de indivíduos que apresentam características semelhantes entre si, estabelecendo os critérios necessários para a realização de um estudo (Fortin, Côté & Filion 2009).

Na identificação das necessidades dos grupos-alvo foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que segundo Minayo (2007), ao incluírem perguntas abertas e fechadas, permitem aos participantes a possibilidade de discursarem livremente sobre o assunto, não dependendo da questão apresentada. Para facilitar a condução das respetivas entrevistas das duas populações alvo (EESMO a desempenhar funções no SUOG e grupo de mulheres que vivenciaram a perda gestacional, tendo-lhes sido prestados cuidados no SUOG) foram construídos previamente dois guiões e consentimentos informados, os quais podem ser visualizados nos Apêndices (B e C) respetivamente.

Em estudos qualitativos, a metodologia de recolha de dados mais utilizada é a entrevista, uma vez que permite destacar os temas centrais das experiências e sentimentos de um grupo sobre um assunto particular (Hutchinson & Wilson, 2007). Através da entrevista torna-se possível recolher reflexões do participante sobre a realidade experienciada, tais como ideias, formas de atuar, condutas, projeções, razões conscientes ou inconscientes e determinadas atitudes e comportamentos.

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

Com o objetivo de caracterizar o contexto sociodemográfico de cada uma das populações alvo, a primeira seção do guião das entrevistas incluiu um pequeno questionário de autopreenchimento, com perguntas fechadas.

3.1.1. Caracterização da População-Alvo dos EESMO

Da população alvo dos EESMO em estudo (EESMO a exercer funções nos Serviços de Consulta de Saúde Materna, Obstetrícia e SUOG do CHBM, EPE), foi constituída uma amostra não probabilística, de conveniência (Fortin et al., 2009), composta por indivíduos facilmente acessíveis á investigadora e que pretendessem participar voluntariamente no estudo. A cada EESMO a quem foi aplicada a entrevista, assinou previamente o

consentimento informado (Apêndice D). As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição.

A amostra constituída pelos profissionais, todos de nacionalidade portuguesa, abrangeu 25 enfermeiros, sendo que 17 desempenham funções no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica, cinco no Serviço de Obstetrícia e três na Consulta de Saúde Materna. As suas idades estão compreendidas entre os 25 e os 60 anos, sendo que a maioria se encontra na faixa etária dos 46 aos 50 anos. Relativamente ao seu estado civil, a maioria destes profissionais é casada e com filhos. Todos são católicos e vivem maioritariamente em meio urbano.

Todos estes profissionais são detentores do grau de EESMO, exercendo funções na área entre seis a 35 anos. A maioria está nesta categoria há cerca de 21 a 25 anos. Quanto á experiência prática em situações de perda gestacional, 16 dos inquiridos referiram que já atuaram perante situações desta natureza, contrariamente aos restantes 9 elementos que nunca tiveram essa experiência. Por outro lado, a maioria dos EESMO mencionou não ter formação específica no atendimento á mulher/casal que experienciam uma situação de perda/morte gestacional.

3.1.2. Caracterização da População-Alvo das Mulheres

Da população alvo de mulheres em estudo, e á semelhança dos procedimentos de amostragem efetuados para a população alvo dos EESMO, foi constituída uma amostra não probabilística, de conveniência (Fortin et al., 2009), composta por indivíduos facilmente acessíveis á investigadora e que pretendessem participar voluntariamente no estudo, tendo previamente assinado o consentimento informado.

Assim, foram selecionadas mulheres que experienciaram situações de perda gestacional e que tivessem recebido cuidados no SUOG do CHBM, EPE. Após contato telefónico com estas mulheres, em que se explicaram os objetivos do estudo, foi combinada uma data para a entrevista, que teve lugar no CHBM, EPE, num local privado e com ambiente agradável. A cada mulher a quem foi aplicada a entrevista, foi fornecido um consentimento informado (Apêndice E), tendo sido assinado pela mulher participante. As entrevistas foram gravadas para posterior transcrição.

A amostra da população alvo das mulheres foi constituída por 10 participantes, todas elas de nacionalidade portuguesa com idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos, sendo

que a maioria se encontra na faixa etária dos 31 anos aos 40 anos. Relativamente ao seu estado civil, a maioria destas é casada, apenas uma refere ter filhos. Metade da amostra refere já ter experienciado anteriormente a perda gestacional e a outra metade refere ser a primeira experiência.

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

A transcrição e análise do conteúdo verbalizado pela população alvo dos EESMO e pela população alvo das mulheres foi processada através do Software *IRaMuTeQ* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) versão 0,7 alpha 2. Esta análise permitiu o reconhecimento das necessidades em cada uma das populações-alvo.

3.2.1. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo dos EESMO

A aplicação do instrumento de colheita de dados à população alvo dos EESMO teve como objetivo analisar os sentimentos e/ou vivências destes profissionais, perante mulheres/casais em situação de perda gestacional.

Inicialmente a preparação do *corpus* do texto realizou-se mediante a codificação dos entrevistados (sujeito 1 a sujeito 25) e das variáveis definidas (idade, estado civil, filhos, área de residência, tempo de exercício profissional, formação profissional na área e exposição a situação de perda gestacional).

O *corpus* analisado foi constituído por 25 Unidades de Contexto Iniciais (UCI_s), já que cada entrevista é considerada uma Unidade de Contexto Inicial (UCI). De acordo com Nascimento e Menandro (2006) as UCI_s definem-se como os segmentos do *corpus*, a partir do qual o *software* informático realizará a fragmentação inicial.

Cada UCI iniciou-se com uma linha de comando definida, que identifica o entrevistado e as variáveis analisadas. Neste caso, a linha de comando seguiu, o seguinte exemplo:

```
**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *tempprof_2 *forma_2
```

As entrevistas analisadas foram constituídas por 301 Unidades de Contexto Elementares (UCE_s), que segundo Camargo (2005) são segmentos de texto, normalmente, constituídos

por três linhas, tratadas pelo programa IRaMuTeQ em função do tamanho do *corpus*. Destas 301 UCEs, o *software* classificou 282 segmentos de texto, com um aproveitamento de riqueza de vocabulário de 93,69%, de onde emergiram 5 classes por Classificação Hierárquica Descendente (Figura 5).

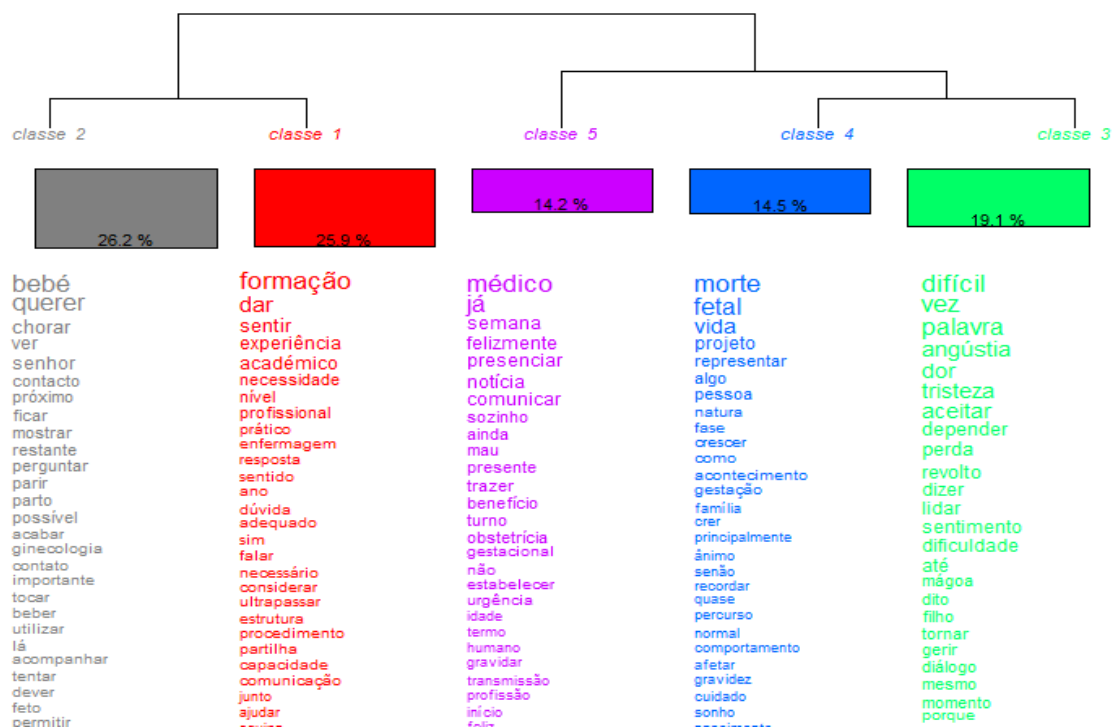


Figura 5 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente da População Alvo dos EESMO

Fonte: *Software IRaMuTeQ*.

A divisão obtida permitiu verificar vários aspetos referidos pela população alvo de EESMO, os quais relacionados com os seus sentimentos e vivências perante situações de perda gestacional.

Pela visualização do Dendrograma de Classificação Hierárquica Descendente é possível verificar as relações estabelecidas entre as classes originadas. Da primeira divisão resultou a classe 5, a partir da qual emergiram as classes 3 e 4. Por sua vez, estas duas classes encontram-se mais próximas entre elas, relativamente á classe 5. Da segunda divisão emergiram as classes 1 e 2.

Relativamente aos percentuais obtidos para cada uma das classes, a classe 2 abrange 74 UCE com uma percentagem de 26,24%, de acordo com o total de UCE; a classe 1 é composta por 73 UCE, representando 25,89%; segue-se a classe 4 com 54 UCE, representando 19,15%; posteriormente a classe 3 incluindo 41 UCE, representando 14,54% e por fim a classe 5 com 40 UCE, representando 14,18%.

No Dendograma apresentado na figura 5, é também possível visualizar as formas reduzidas das palavras mais representativas de cada classe, de acordo com o valor qui-quadrado, ou seja, este valor indica a força de associação entre cada vocábulo e a construção de cada classe. Desta forma, quanto maior o valor do qui-quadrado, mais importante é a construção da classe, resultando que as palavras com maior peso surgem na representação do Dendograma em primeiro lugar e as de menor peso, por último.

Consequentemente procedeu-se á análise da inserção da palavra no contexto das entrevistas em cada classe, através da análise de conteúdo de cada palavra identificada. Desta forma, o agrupamento das classes foi definido através do *software* IRaMuTeQ, as quais nomeamos da seguinte forma:

- **Classe 1** – Necessidades de Formação na Área da Comunicação de Más Notícias;
- **Classe 2** – Atitudes do EESMO perante a Mulher/Casal que experiênciam a situação de perda fetal;
- **Classe 3** – Perceção do EESMO perante a forma como a Mulher/Casal vivênciam a situação de perda gestacional;
- **Classe 4** – Representação da perda gestacional para o EESMO;
- **Classe 5** – Transmissão da notícia de perda gestacional á Mulher/Casal.

A partir das referidas classes prossegue-se á análise dos resultados, estabelecendo-se um paralelismo entre o que foi verbalizado pelos EESMO e aquilo que é descrito pelos autores. A classe que reuniu maior percentagem de Unidades de Contexto Elementares (26,4%) foi a **Classe 2** – Atitudes do EESMO perante a mulher/casal que experiênciam a situação de perda gestacional.

Os EESMO ao lidarem diariamente com a vida e muito raramente com a morte sentem dificuldade em ser assertivos na abordagem aos casais que experiênciam a perda gestacional. É sem dúvida importante compreender a atuação e reação dos EESMO, quais as suas atitudes e limitações perante a mulher/casal/família que experiênciam a situação de perda fetal. Compreender de que forma a sua intervenção é orientada no estar disponível para o outro, que sofre, de que forma prestam os cuidados, para que a sua

intervenção seja adequada e sobretudo individualizada. Para Perry (2008) no cuidado á mulher/casal /família que vivencia a perda fetal o importante é estar presente e disponível. Também a este propósito Ampese et al. (2007) referem que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros responsáveis pelos cuidados às mães/famílias que sofrem uma perda gestacional não se sentem preparados afastando-se por não saberem como proceder. Na mesma linha de pensamento Souza e Almeida citados por Haddad (2010) referem que o profissional de saúde, ao interagir com a mãe/casal em situação de perda gestacional experienciam situações de sofrimento, tão difíceis quanto frustrantes. Muitas vezes preferiam não ter de prestar cuidados a estas mulheres, confrontando-se com a situação de morte e impotência. Luz citada em Haddad (2010) refere que os profissionais “fogem” por não saberem o que dizer, com medo de magoar a mulher/casal.

Também os EESMO entrevistados evidenciaram que sentiam dificuldades em prestar cuidados a estes casais conforme pudemos observar nos excertos das entrevistas:

**** *entre_16 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_5 *forma_1
“(…) a morte fetal é para mim a parte mais difícil no desempenho da minha profissão acho que por mais ferramentas que adquirir será sempre uma situação difícil de gerir pessoalmente tenho muita dificuldade em lidar com a situação. (...)”

**** *entre_13 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_2
“(…) tenho sempre receio de não estar a utilizar as palavras mais corretas a atitude mais certa e sobretudo receio que a minha postura em vez de os ajudar de alguma forma os afete negativamente (...)”

**** *entre_17 *id_4 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_4 *forma_2
“(…) tendo em conta que aceitar a morte fetal para mim é algo difícil de lidar tenho consciência que a minha prestação de cuidados as estas mães casais estará obviamente afetada por este motivo (...)”

**** *entre_21 *id_6 *estcivil_5 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_5 *forma_2
“(…) a morte fetal é um evento muito traumático para aquela mulher casal família que tinha naquela gestação um projeto de vida familiar e como tal torna se um momento muito stressante para mim que não sei lidar com a morte como enfermeira na prestação de cuidados (...)”

**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2
“(…) as maiores dificuldades são o silêncio da minha parte sei que as evidências mencionam a importância do papel presencial, mas sinto que é pouco (...)”

**** *entre_09 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_2
“(…) é sempre difícil gerir este tipo de emoções as reações variam muito e dependem da motivação e do desejo da gravidez por parte da grávida a maior dificuldade é a nível da comunicação verbal pois sentimo-nos um pouco impotentes perante a situação (...)”

Apesar das reações de defesa e das dificuldades mencionadas pelos EESMO, em lidar com a situação de perda gestacional, observamos, contudo, uma preocupação dos entrevistados relativamente á importância das suas práticas serem sustentadas na escuta, empatia, no respeito e disponibilidade.

De acordo com Amirali e Dias (2010). O enfermeiro, em situações de perda na gravidez, deve ter presente que o cuidar de uma família que experiencia a perda envolve aspetos

emocionais, culturais, morais e éticos, pelo que deve atuar respeitando os valores humanos. Ainda a este respeito, Keating e Seabra (1994) referem que a ajuda por parte do enfermeiro deve expressar-se na disponibilidade de tempo para escutar, tentando compreender o significado da perda para a família apoiando os pais a exprimir os seus sentimentos. Esta conduta é expressa por parte dos EESMO como podemos ver nos enunciados retirados do *corpus*:

**** *entre_04 *id_7 *estcivil_2 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_7 *forma_2
“(...)morte fetal é um sentimento de perda profunda tristeza e vazio em primeiro lugar providenciar a presença do acompanhante e deixa los a sós se assim o desejarem posteriormente optar mais por uma postura de escuta (...)”

**** *entre_10 *id_4 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_2
“(...) não se trata apenas da morte do feto mas também da frustração de toda uma expectativa da mulher casal em relação aquela gravidez tento dar oportunidade á mulher casal de expressarem os seus sentimentos sobre a profunda angustia que estão a sentir. (...)”

*** *entre_15 *id_4 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_1
“(...) como abordar o casal que palavras utilizar e que tempo esperar para falar muitas vezes fico apenas ao seu lado tocando a sua mão enquanto choram ou desabafam (...)”

Alguns autores defendem que quando se consegue estabelecer uma relação de empatia com a mulher / casal em situação de perda, é natural que se sinta vontade de chorar com eles, expressando que consegue colocar-se no lugar do outro. Conforme evidencia o estudo de Carvalho, Silva, Nunes, Ascenso e Paz (2010) “não existe problema em emocionar-se e estar triste, pois isso, só exprime empatia com a família que está num processo de luto” (p. 178). Também Rolim e Canavarro (2006) corroboram este conceito ao dizer que pode ser suficiente abraçar, comover-se com a mãe/casal para demonstrar que estamos a perceber o que sentem que estamos a ser empáticos. É sem dúvida importante que na prestação de cuidados á mulher / casal os enfermeiros percebam a sua angústia e mostrem que também estão tristes conforme revelam os excertos dos enunciados:

**** *entre_22 *id_6 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_6 *forma_2
“(...) E sempre com um nó na garganta e muitas vezes dá vontade de chorar que vivencio uma das circunstâncias mais duras que um casal tem que passar com a perda do seu bebé (...)”

*** *entre_13 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_2
“(...) quando os vejo naquela situação imagino sempre e se fosse eu para mim é difícil lidar com a morte (...)”

**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2
“(...) nunca sabemos o que dizer por mais que nos tentemos colocar na situação daquela mulher tentamos ser empáticos e congruentes para tentarmos responder da melhor forma possível ás necessidades daquela mulher casal, mas é muito complicado (...)”

**** *entre_03 *id_1 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_2 *forma_2
“(...) ainda me custa muito estar presente e não sofrer (...) na nossa profissão é importante estabelecermos uma relação empática com quem cuidamos. (...)”

**** *entre_03 *id_1 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_2 *forma_2

“(...) São sempre situações que me custam imenso ultrapassar tento estar presente o máximo que consigo junto do casal. Respeitando também o espaço deles dou a mão á mãe quando é preciso e geralmente não costumo falar muito nessas situações. (...)”

Também os EESMO tiveram presente nas suas práticas o respeito. A forma como respeitaram a vontade da mulher/casal /família, o respeito pela dor e angústia, agindo em consonância com o momento, foram atitudes fundamentais em momentos difíceis como são o momento do nascimento dum bebé sem vida, respeitar a vontade das mães/casais em querer ver ou não o bebé, para que estas famílias tomem consciência da realidade e possam iniciar um processo de luto saudável. Como refere Cardoso (2002), quando os pais demonstram dificuldade em aceitar a morte do seu filho, a forma mais eficaz, e adequada de os ajudar a consciencializar-se sobre a morte é deixá-los ver o bebé. Esta opinião é também fundamentada por outros autores que defendem que a mãe a seguir ao parto deve, desde que o deseje, ver o bebé, tocá-lo, segura-lo, e tirar fotos, prevenindo a instalação de um processo de luto patológico (Ampese et al., 2007; Carvalho & Meyer, 2007; Corbett, 2008; Radestad & Christoffersen, 2008;).

Da mesma forma, Rolim e Canavarro (2006) corroboram esta ideia ao referirem que o processo de luto pode ser afetado quando os pais não podem ver o bebé, não lhe deram um nome, não puderam participar nas cerimónias fúnebres nem tão pouco sabem onde se encontra. Perry (2008) afirma que a prestação de cuidados aos pais enlutados inclui a envolvimento das suas famílias no processo de luto, tais como outros filhos, avós e a família alargada. Contudo, apesar da importância em mostrar o bebé á mãe/ casal /família, como foi referido anteriormente, essa decisão deve ser tomada apenas por ela, pois mesmo que alguns refiram arrependimento por não ter visto o bebé morto, isso não explica que outros façam a escolha por elas. Retirar o poder de decisão a estas mães /casais / famílias piora a perda de controlo e autonomia que estas já sentem ao vivenciar a situação de perda (Henley & Schott, 2008).

Através dos excertos das entrevistas podemos constatar que a atitude por parte dos EESMO é sempre de respeito pela decisão da mãe /casal / família, em relação a ver ou não o bebé.

**** *entre_06 *id_1 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_2 *forma_1
“(...) pergunto sempre se quer ver e se quer tocar o bebé particularmente quando são bebés de termo ou bebes a partir das vinte oito semanas mesmo antes disso pergunto sempre se querem ver mas acho que no fim da gravidez os casais precisam muito mais do contacto com o bebé (...)”

**** *entre_22 *id_6 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_6 *forma_2
“(...) sempre que a mãe casal mostre vontade em ter contato com o seu bebé assim eu tenho a minha atitude (...) nunca nego a vontade da mãe casal atuo sempre em conformidade com o desejo da mãe casal (...)”

**** *entre_02 *id_6 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_6 *forma_2
 “(...) proporciono sempre que a sua vontade seja expressa tento informar o estado do bebé e procuro apresentar de uma forma o mais natural se o feto apresentar malformações graves ou macerações acentuadas informo o casal primeiro para que estes decidam de uma forma informada se querem ou não ver o bebé (...)”

**** *entre_06 *id_1 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_2 *forma_2
 “(...) das situações que tenho vivenciado tento adotar sempre a postura, a mais tranquila e serena possível e utilizar um tom de voz sereno pergunto se desejam ficar um momento a sós com o bebé ou se querem que fique presente a acompanhar (...)”

**** *entre_16 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_5 *forma_1
 “(...) já aconteceu a mãe não querer ver e a avó ou o pai desejar ver sempre mostrei em todas as situações solicitadas (...)”

**** *entre_11 *id_1 *estcivil_2 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2
 “(...) na minha opinião é importante esse contacto para o desenvolvimento do processo de luto de forma saudável por isso em situações futuras em que eu esteja presente irei perguntar se os pais querem ver o bebé. (...)”

Podemos verificar também que o EESMO demonstra respeito pelo sofrimento destas mães que vivenciam o nascimento do seu filho morto, ao preocuparem-se com o facto de proporcionarem á mulher um ambiente o mais adequado possível, o mais isolado de outras mulheres em trabalho de parto, parto e puerpério para que a presença do choro de outros bebés não exacerbe a dor da perda. Ampese et al. (2007) no seu estudo defendem que é necessário acolher estas mulheres num ambiente mais isolado de forma a não terem de ser confrontadas com o choro de outros bebés.

**** *entre_12 *id_4 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_1
 “(...) seria importante fazer indução e condução do trabalho parto no internamento só deviam ir para bloco partos para expulsar porque este processo por vezes é muito demorado e se o bloco de partos tiver muito movimento é difícil este casal não ouvir e ter contato com choro dos bebés (...)”

**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2
 “(...) acho que essas mulheres que estão para expulsar deveriam estar num serviço onde não ouvissem o choro de bebés e deviam estar acompanhadas pela pessoa significativa (...)”

**** *entre_19 *id_6 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_6 *forma_1
 “(...) este espaço deveria ser o mais afastado possível dos quartos onde decorrem os nascimentos dos outros bebés ou então haver um bom isolamento reduzindo os sons circundantes nomeadamente o choro de outros bebés (...)”

**** *entre_04 *id_7 *estcivil_2 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_7 *forma_2
 “(...) pois embora nós tentemos sempre mante-las o mais afastadas possível das restantes o espaço físico não permite e acabam por ouvir outros bebés a chorar o que é muito mau para quem acabou de vivenciar a perda de um bebé (...)”

**** *entre_18 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_6 *forma_1
 “(...) _considero que se respeitarmos o sofrimento do casal e os apoiarmos de acordo com as suas necessidades e não as do serviço conseguimos prestar o apoio necessário. (...)”

Quanto á classe que apresenta, seguidamente, maior número de UCEs, é a **Classe 1** – Necessidade de Formação Profissional na Área da Comunicação de Más Notícias.

Segundo Berbaum citado em Pereira (2008) o processo de formação envolve uma serie de condutas e interações, entre formandos, formadores e necessidades de formação, o qual implica sempre uma intenção de mudança. Para a autora, a formação deve ser alicerçada

num novo percurso dialético entre a formação inicial e a configuração de novos saberes emergentes da realidade dos contextos de trabalho.

Na prática assistencial, o reconhecimento por parte dos EESMO da necessidade de formação na área da comunicação das más notícias e vivência do luto, transparece no discurso das entrevistas numa perspectiva de aquisição de competências para desenvolverem intervenções eficazes perante o comunicar uma má notícia ou tão simplesmente, estar com os casais aquando da comunicação das mesmas. Os entrevistados consideram que a sua formação de base é nula ou insuficiente na capacitação dos mesmos, para intervirem em situação de comunicação de más notícias, conforme podemos verificar através dos excertos analisados:

**** *entre_19 *id_6 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_6 *forma_1
“(…) não ao nível académico estas situações não são abordadas com a especificidade adequada e necessária devia de ser considerado este aspeto logo a nível académico e também ser um tema abordado ao nível da formação continua para profissionais nas instituições (…)”

**** *entre_07 *id_5 *estcivil_1 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_6 *forma_2
“(…) a formação académica não foi suficiente porque são situações que mexem com a emoção com as nossas experiências com o nosso passado connosco (…)”

**** *entre_04 *id_7 *estcivil_2 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_7 *forma_2
“(…) a formação académica já foi há alguns anos embora ainda esteja presentes as ferramentas adquiridas, mas a vivência é que nos dá a maneira de agir perante a situação formação profissional é sempre necessária (…)”

Também os momentos de partilha de sentimentos e emoções com os pares, assim como a prática associada á experiência, são considerados pelos sujeitos como um referencial quer a nível pessoal quer a nível laboral. De acordo com Benner (2001), a formação académica assenta no saber cognitivo, sendo que o ingresso na profissão exige aprendizagem da técnica, onde a competência é sublimada pelas aprendizagens resultantes da replicação operativa da experimentação e da partilha de saberes, na procura constante de alcançar a perícia da perfeição. Tal como referenciado pela autora supracitada, os seguintes excertos também revelaram:

**** *entre_14 *id_2 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_2 *expmortfetal_2 *temprof_2 *forma_1
“(…) a minha formação académica enquanto licenciatura a semelhança da pós-licenciatura de especialização de enfermagem de saúde materna e obstétrica abordaram esta temática, porém sinto necessidade de formação nesta área na medida em que não tive ainda oportunidades reais de desenvolver tais capacidades (…)”

**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2
“(…) julgo que uma boa estratégia passaria por uma prática simulada entre os profissionais de enfermagem coordenada por um perito desta área (…)”

**** *entre_18 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_6 *forma_2
“(…) sinto uma lacuna na minha formação a formação académica não foi suficiente, mas mais do que formação sinto necessidade de acompanhamento (…)”

**** *entre_23 *id_4 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *foma_2
“(…) no entanto não apenas a formação académica como também a formação profissional e pessoal estratégias de diálogo em situação de perda fetal (…)”

**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2

“(...) nunca tive formação nessa área durante a especialidade assim seria uma mais valia vir um perito com formação especializada para dar essa formação equipe de enfermagem pois apesar de serem situações raras não fazerem parte da prática diária dificulta (...)”

A formação em enfermagem, adequada á realidade, é indispensável para direcionarmos a nossa atuação de forma eficaz, também os sujeitos assumem a necessidade de formação específica na problemática da comunicação das más notícias e luto, sugerindo recurso a peritos na área para colmatar a lacuna conforme podemos verificar nos segmentos de texto extraído do *corpus*:

**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2
“(...) julgo que uma boa estratégia passaria por uma prática simulada entre os profissionais de enfermagem coordenada por um perito desta área (...)”

**** *entre_15 *id_4 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_1
“(...) considero que a formação académica não nos dá todos os contributos necessários neste sentido a nossa prática e até as vivências reais muitas vezes são as que nos dão alguma preparação sinto necessidade de formação com pais (...)”

**** *entre_02 *id_6 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_6 *forma_2
“(...) não de todo considero que é dada de uma forma superficial mais de uma forma teórica sim considero fundamental formação na área da comunicação das más notícias sugerindo cursos teórico práticos outra área a abordar é a do luto (...)”

**** *entre_24 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_5 *forma_2
“(...)necessidade de formação nesta área nunca será de mais sugiro formação em comunicação de más notícias e também seria uma mais valia a troca de experiências com colegas e outros profissionais equipa multidisciplinar(...)”

**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2
“(...) por isso tento sempre respeitar a vontade da mulher casal a nível do curso de enfermagem geral lembro me que na disciplina de relação de ajuda falamos na comunicação de más notícias, mas dai para cá já vão catorze anos (...)”

**** *entre_21 *id_6 *estcivil_5 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_5 *forma_2
“(...)atualmente faço mentalização e pranayamas que são técnicas de yoga sim sempre que a utente casal assim o pretenda tento transmitir calma e controlar os meus sentimentos a nível escolar formação inicial e especializada pouco se fala em morte fetal (...)”

Na **Classe 3** – Perceção do EESMO perante a forma como a Mulher/Casal vivência a situação de perda gestacional, a perda gestacional é uma experiência repleta 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, gerando na mulher grande sofrimento e dificuldades adaptativas. Na vivência da perda, mãe / casal vão experienciar diferentes emoções e sentimentos. Como nos refere Perry (2008) a reação imediata da mãe / casal á morte do bebé é cheia de comoção e dor profunda. São frequentes as crises de choro e exteriorização de emoções, mas também é possível ocorrer a ausência de emoções e instalar-se uma calma aparente, indicando normalmente desorientação, negação ou até uma forma exclusiva de lidar com a situação. A propósito Ampese et al. (2007) corroboram com esta ideia de que a perda de um bebé provoca uma experiencia desoladora para a mãe /família que a vivenciam. Cabral (2005) acrescenta

ainda que a morte inesperada torna-se mais traumatizante instalando obstáculos severos na elaboração do luto. A atuação do enfermeiro é fundamental, aquando da vivência da perda pelos pais, 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).

Os EESMO ao cuidarem destas mães / casais, devem perceber que sentimentos, que emoções, estas mães / casais vivenciam, para poderem intervir de forma individualizada num momento tão difícil e própria quanto é a morte do seu bebé. Da análise das entrevistas observamos que os sujeitos identificaram sentimentos de revolta, desilusão, tristeza, culpa, angústia, raiva, choque e apatia por parte das mães / casais perante a confirmação de perda gestacional:

**** *entre_23 *id_4 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_1
“(…) creio que estas etapas são sempre diferentes de mãe casal para mãe casal e estão dependentes da personalidade de cada um e do modo como vivenciaram a gravidez (…)”

**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2
“(…) é difícil só mesmo quem passa por esta situação é uma situação complicada pois os casais vivenciam sentimentos de angústia choque tristeza desespero decepção muitas vezes pensam que foram eles os culpados de ter corrido menos bem vivenciando sentimentos de culpa e revolta (…)”

**** *entre_01 *id_2 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_2 *expmortfetal_1 *temprof_2 *forma_2
“(…) por vezes o isolamento ou o silêncio é uma atitude que adotam numa fase inicial sendo o primeiro sinal choque e um choro de sofrimento recorde de uma situação particularmente difícil que representou uma morte fetal numa gravidez de termo (…)”

**** *entre_05 *id_2 *estcivil_5 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_3 *forma_1
“(…) penso que para os casais a revolta perante a morte fetal é muita revolta com os outros profissionais nas situações de malformações não diagnosticadas na gravidez e revolta com os próprios muitas mães culpabilizam se e começam á procura de comportamentos que tiveram durante a gravidez (…)”

**** *entre_02 *id_6 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_6 *forma_2
“(…) um choque uma angústia desilusão revolta e até por vezes hostilidade para com quem o rodeia (…)”

De acordo com Rando e Kay, Roman e Schulte, citados em Van Aerde (2001), na primeira fase de luto, as pessoas podem demonstrar raiva e hostilidade dirigidas aos profissionais e a elas próprias. Os autores acrescentam que estes sentimentos podem-se demonstrar especificamente quando não se conseguiu impedir a perda.

Quanto á classe seguinte (em presença de maior número de UCEs), a **Classe 4** – Representação da perda gestacional para o EESMO, cada pessoa sente e vivência a morte de forma muito própria, no entanto, ninguém fica indiferente perante a mesma, muito menos perante uma morte prematura. Maldonado citado por Haddad (2010), diz-nos que por mais que se saiba da possibilidade de ocorrer perda gestacional, quando esta ocorre há uma quebra de expetativas, instalando-se uma situação crítica tanto para a família como para os profissionais que cuidam destes casais.

O modo como cada enfermeiro lida com as questões referentes á morte e á dor irá depender de diferentes fatores, tais como: a sua história pessoal de perdas; experiências com a morte e da elaboração de luto; valores culturais em que está inserido, o que vai influenciar a sua conceção de morte assim como a expressão da sua dor; além da sua formação universitária e capacitação em serviço (Kovács, 1996). Perante a realidade da perda gestacional e vivências da mesma, também os sujeitos referiram sentimentos e emoções como; *tristeza, angústia, frustração, desilusão sofrimento, revolta e incredulidade* ao cuidarem de mães / casais que vivenciaram perdas fetais tal como podemos verificar nos excertos apresentados.

**** *entre_23 *id_4 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_1
“(...) reagi com tristeza dor pela situação e também com alguma revolta contra deus a maior dificuldade que sinto prende se com o tipo de assunto a ter depois desta notícia, mas não considero que haja receitas ideais para lidar com a morte (...)”

**** *entre_17 *id_4 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_4 *forma_2
“(...) aceitar a morte num ser que ao qual não foi dada a oportunidade de crescer e de viver é muito difícil para mim sinto muitas vezes sentimentos de frustração angustia e tristeza (...)”

**** *entre_22 *id_6 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_6 *forma_2
“(...) a minha reação perante esta situação é de tristeza angustia pois é bastante difícil conseguir desligar me perante o sofrimento dor frustração e muitas vezes culpabilização da mãe pela morte do seu bebé (...)”

**** *entre_08 *id_6 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_7 *forma_2
“(...) o terminar de um sonho idealizado e muitas vezes muito desejado é morrer antes de nascer é muito difícil (...)”

**** *entre_24 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_5 *forma_2
“(...) a morte fetal é injusta e ingrata na minha opinião a perda não nos abandona eventualmente aceitamos a perda, mas nunca a esquecemos já experienciei situações de vivências de morte fetal várias vezes (...)”

É também compreensível que os profissionais refiram ainda sentimentos de incredulidade, pois é difícil aceitar a morte. Os EESMO por formação estão vocacionados para lidar com a vida e não com a morte (Keating & Seabra, 1994). No mesmo sentido, Ampese et al. (2007) defendem que ao nascer iniciamos um ciclo vital que sabemos terminar com a morte, mas nem sempre essa sequencia se verifica e por vezes a morte surge num momento inesperado, tornando-se ainda mais doloroso e frustrante. Como foi referenciado por alguns sujeitos:

**** *entre_13 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_5 *forma_2
“(...) a minha primeira reação é sempre de incredulidade e posteriormente é que me surgem todos os outros sentimentos tristeza mágoa e alguma revolta o desespero dos pais é sempre a minha grande dificuldade a ultrapassar (...)”

**** *entre_17 *id_4 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_4 *forma_2
“(...) aceitar a morte num ser que ao qual não foi dada a oportunidade de crescer e de viver é muito difícil para mim sinto muitas vezes sentimentos de frustração angustia e tristeza (...)”

**** *entre_08 *id_6 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_1 *temprof_7 *forma_2
“(...) é o terminar de um sonho idealizado e muitas vezes muito desejado é morrer antes de nascer é muito difícil (...)”

**** *entre_25 *id_4 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_4 *forma_1

“(...) para mim representa uma perda de um ser humano percebido como uma crise familiar (...).”

Na **Classe 5** – Transmissão da notícia de perda gestacional à Mulher/Casal, perante a comunicação de más notícias, o enfermeiro tende ainda a adotar comportamentos de fuga, não só devido ao medo de enfrentar as reações emocionais da pessoa em questão, mas também devido à dificuldade em gerir os seus receios face à própria morte ou doença, causando a sensação de “espelho”, ou seja, imaginar-se a ele próprio naquela situação, afastando-se para não ter de a vivenciar (Pereira, 2008).

Como refere Phaneuf (2005) através da comunicação transmitimos e partilhamos de maneira consciente ou inconsciente, sentimentos e emoções comuns entre pessoas, podendo estes, ser transmitidos pelo comportamento verbal e não-verbal, e até mesmo pela forma de agir dos intervenientes. Chegando mutuamente a apreender e a compreender as intenções, opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa. A propósito, Gomes, Costa, Pinto e Martins (2003) refere que perante o sofrimento do outro, devemos evitar a mentira, evitar utilizar muitas palavras, escutar mais do que falar manifestar condolência e simpatia. Abboud e Liamputtong (2005) acrescentam ainda que a forma como estas más notícias são dadas é um aspeto a melhorar. Nesta categoria alguns dos sujeitos entrevistados referem ainda não ter comunicado uma má notícia, embora estivessem presentes no momento aquando da comunicação da mesma por parte do médico. Estes enfermeiros referiram o quanto é difícil e consideraram não se encontrarem preparados para comunicarem aos pais o terrível acontecimento, preferindo não ter de presenciar o momento, referindo não saberem como e o que dizer, como agir e até não estar presentes para não magoar aqueles pais. No entanto, outros dos ESMO referiram já ter comunicado más notícias, tendo-lhes sido muito doloroso e difícil evidenciando reações de medo, angústia, tristeza e até de pânico. Ficando com dúvidas se agiram da melhor forma, chegando a questionar-se se o que fizeram foi ou não adequado também por considerarem que não tem conhecimentos que os ajudem nesta intervenção, conforme é evidenciado ao longo dos segmentos do *corpus*:

**** *entre_21 *id_6 *estcivil_5 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_2 *temprof_5 *forma_2
“(...) pessoalmente nunca experienciei embora como enfermeira já vivi situações de morte fetal nas utentes casal felizmente nunca tive de comunicar essa notícia ansiedade impotência insegurança em lidar com essas situações porque não sei o que transmitir aquela mulher casal família (...)”

**** *entre_14 *id_2 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_2 *expmortfetal_2 *temprof_2 *forma_1
“(...) não tive de comunicar nenhuma má notícia relacionada com a morte fetal ainda assim uma única vez tive de informar uma grávida de aproximadamente vinte semanas com insuficiência cérica ístmica cerclage às catorze semanas de gestação que tinha de descer para observação no bloco de partos e foi muito difícil (...)”

**** *entre_05 *id_2 *estcivil_5 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *tempref_3 *forma_1
 “ (...)comuniquei muitas más notícias quando exerci na medicina interna e na oncologia senti me sempre mal pois sabia que não era da minha competência fazê-lo mas os médicos recusavam se a fazê-lo mas aqui nunca não sei como reagiria talvez ainda com mais angustia(...)”

**** *entre_25 *id_4 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *tempref_4 *forma_1
 “ (...)já experienciei situações de vivências de morte fetal foi a chefe de equipa do turno que comunicou á família foi horrível(...)”

**** *entre_13 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *tempref_5 *forma_2
 “ (...) várias vezes no decorrer da consulta de obstetrícia ctg ou ecografia deparamo-nos com casos de morte fetal já tive que comunicar em conjunto com elemento da equipa médica aos pais a morte do feto (...)”

**** *entre_09 *id_5 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_1 *tempref_5 *forma_2
 “ (...) eu tive um aborto ás doze semanas e sofri imenso ás dez semanas estava tudo bem e de repente tudo acaba, mas penso que a morte fetal no ultimo trimestre ainda trás mais sofrimento não, mas já assisti ao médico a comunicar a notícia foi complicado para aquela mãe não há palavras (...)”

**** *entre_11 *id_1 *estcivil_2 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_1 *tempref_2 *forma_2
 “ (...)já estive presente em algumas situações felizmente nesta área ainda não má notícia de morte fetal mesmo não foi sempre o médico obstetra ou o pediatra(...)”

**** *entre_11 *id_1 *estcivil_2 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_1 *tempref_2 *forma_2
 “ (...) sem ser de termo já estive presente e prestei cuidados a mulheres que se encontravam a expulsar os fetos, mas ainda com idades gestacionais em que não existia viabilidade, mas custa sempre é muito doloroso (...)”

Como podemos verificar nos dois excertos anteriores, há ainda necessidade como nos referem, Abboud e Liamputtong (2005) de melhorar a forma de comunicar as más notícias:

**** *entre_03 *id_1 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_2 *tempref_2 *forma_2
 “ (...)e se poder não ser eu a estar presente no momento do parto eu ainda tendo fugir tenho perfeita noção que não é a atitude mais correta(...)”

**** *entre_03 *id_1 *estcivil_4 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_2 *tempref_2 *forma_2
 “ (...)pois sei que ao longo da minha vida profissional que ainda está no início nesta área vou ter de presenciar muitas situações desta natureza eu não deixo a senhora sozinha isso nunca mas não sei como reagirei (...)”

**** *entre_11 *id_1 *estcivil_2 *resid_1 *filhos_1 *expmortfetal_1 *tempref_2 *forma_2
 “ (...)eu dantes já fazia um pouco isto e desde que fui mãe que foi á muito pouco tempo noto que faço mais ainda pois tenho muita dificuldade em lidar com estas situações e se poder não ser eu a estar presente no momento de comunicar a noticia ou no parto eu ainda tendo fugir(...)”

**** *entre_06 *id_1 *estcivil_4 *resid_2 *filhos_1 *expmortfetal_2 *tempref_2 *forma_1
 “ (...) penso, contudo, que a parte comunicacional de alguns profissionais que trabalham em conjunto com a equipa de enfermagem deva ser trabalhada no sentido da comunicação adequada destas noticias ao casal quando as mesmas são dadas e para uma conduta a mais adequada possível no acompanhamento de todo o processo (...)”

O mesmo *software* permitiu também realizar a análise do *corpus* do texto por Análise Fatorial de Correspondência, através do cruzamento entre os vocábulos e as respetivas classes, originando uma representação gráfica em plano cartesiano, onde são visíveis as oposições entre as classes, permitindo verificar a relação entre as classes, em função da localização dessas mesmas classes e a sua interação, como documentado na figura 6. (Nascimento & Menandro, 2006).

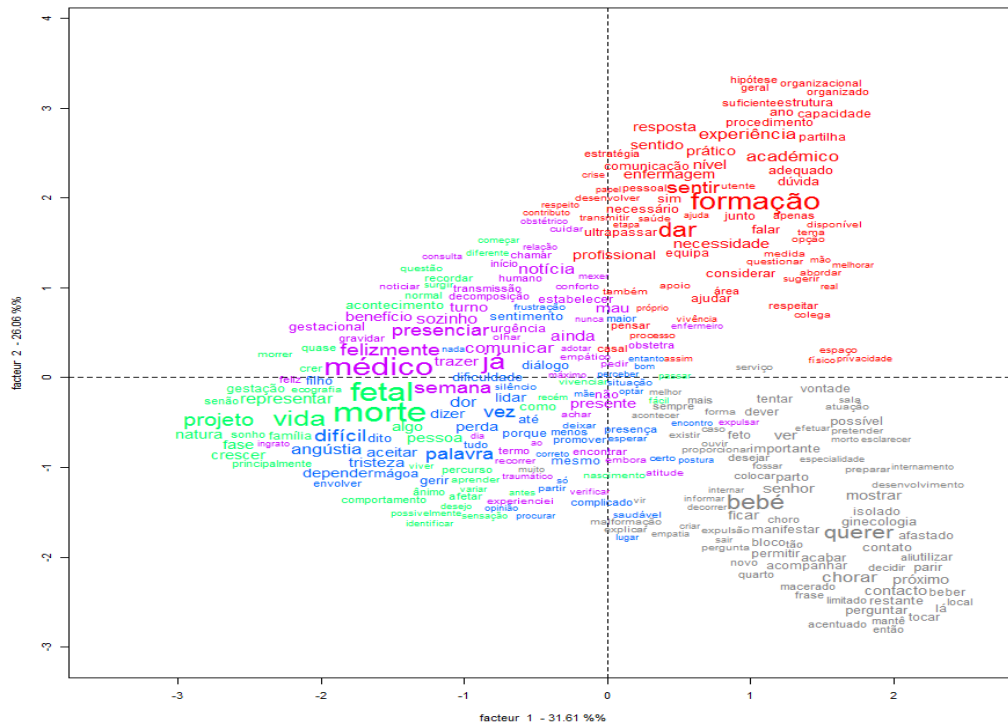


Figura 6 - Análise Fatorial de Correspondência da População Alvo dos EESMO

Fonte: *Software IRaMuTeQ.*

Pela análise da figura 6, verificou-se o cruzamento entre as classes 3, 4 e 5. No entanto, o núcleo de intersecção é mais forte entre as classes 4 e 5. Relativamente às classes 1 e 2, entre as mesmas não se verifica qualquer intersecção.

A intersecção das classes 3, 4 e 5 é bastante representativa da interligação entre a representação que o EESMO tem sobre a situação de perda fetal e a forma como percebe a vivência de tal situação pela mulher/casal, tendo também influência na forma de transmissão da notícia de perda gestacional.

Outra das análises proporcionadas pela utilização do software IRaMuTeQ foi a análise de similitude, a qual originou um leque semântico de palavras mais frequentes no texto, possibilitando assim a identificação de ocorrências entre as palavras. Através deste tipo de análise foi possível identificar a estrutura, o núcleo central e o sistema periférico da interpretação do conteúdo das entrevistas Assim percebeu-se que as palavras **não** e **situação** representam 2 núcleos centrais de palavras com maior destaque no texto, enquanto o núcleo representativo da palavra **casal** constitui um núcleo periférico (Figura 7).

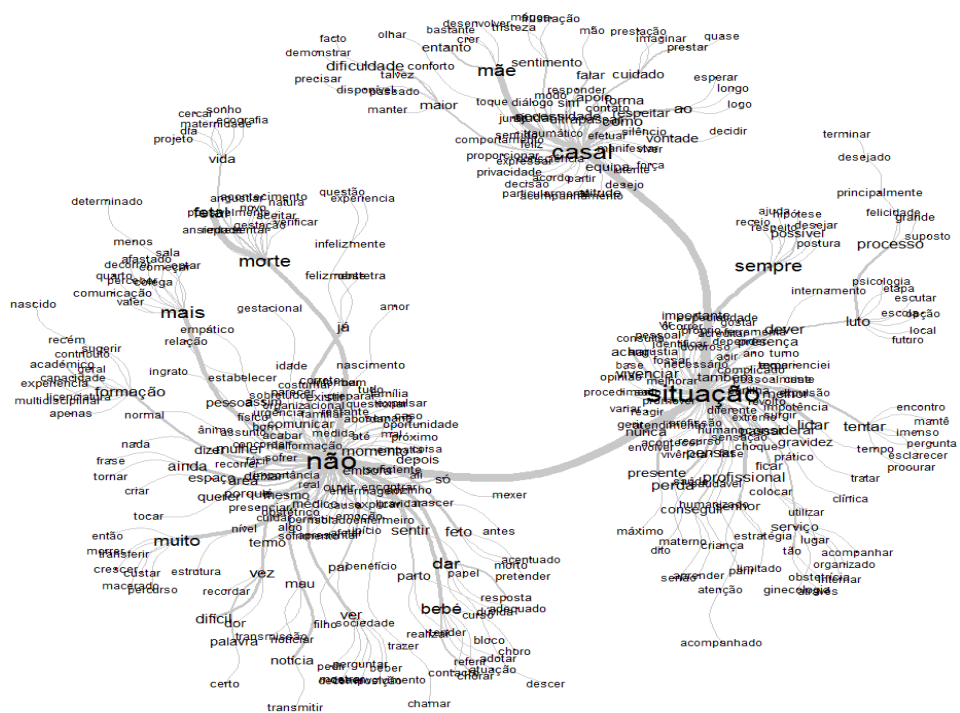


Figura 7 - Árvore de Similitude da População Alvo dos EESMO

Fonte: Software IRaMuTeQ

No núcleo em que a palavra central é **situação**, a rede de palavras mais representativas são as palavras: sempre, luto, profissional e tentar, as quais se distribuem á volta da palavra central, obedecendo a sua aproximação ou distanciamento com essa mesma palavra. No que diz respeito ao núcleo central com a palavra **não**, os vocábulos mais representativos foram: morte, mais, formação, muito, dar e bebê.

No núcleo periférico com a palavra central **casal** a palavra mais representativa é a palavra mãe.

Por fim, a utilização deste programa informático permitiu a análise do conteúdo das entrevistas, através da representação gráfica da designada nuvem de palavras, a qual agrupa e organiza as palavras graficamente em função da sua frequência, permitindo a rápida identificação das palavras-chave de um *corpus* lexical. A interpretação da nuvem de palavras confirmou novamente que as palavras centrais do texto analisado foram: situação, não e casal (Figura 8).



Figura 8 - Nuvem de Palavras da População Alvo dos EESMO

Fonte: *Software IRaMuTeQ*

Em síntese, através da análise e descrição dos dados apresentados pudemos concluir, de forma geral, que os EESMO desta equipa não se sentem preparados para lidarem com a mulher/casal em situação de perda gestacional, determinando a necessidade de intervenções que possam capacitá-los na sua prática assistencial, de forma, a garantir elevados padrões de cuidados.

3.2.2. Cuidados e Necessidades Específicas da População Alvo das Mulheres

A aplicação do instrumento de colheita de dados a esta população alvo teve como objetivo analisar os sentimentos e/ou vivências destas mulheres/casais em situação de perda fetal. Inicialmente a preparação do *corpus* do texto realizou-se mediante a codificação dos entrevistados (sujeito 1 a sujeito 10) e das variáveis definidas (raça, idade, estado civil habilitações literárias e tempo de exposição a situação de perda gestacional). O *corpus* analisado foi constituído por 10 Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), já que cada

entrevista é considerada uma Unidade de Contexto Inicial (UCI). Cada UCI iniciou-se com uma linha de comando definida:

```
**** *entre_01 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2
```

As entrevistas analisadas foram constituídas por 103 Unidades de Contexto- Elementares (UCE_s), que segundo Camargo (2005) são segmentos de texto, normalmente, constituídos por três linhas, tratadas pelo programa IRaMuTeQ em função do tamanho do *corpus*. Destas 103 UCE_s, o *software* classificou 89 segmentos de texto, com um aproveitamento de riqueza de vocabulário de 86,41%, de onde emergiram 7 classes por Classificação Hierárquica Descendente (Figura 9).

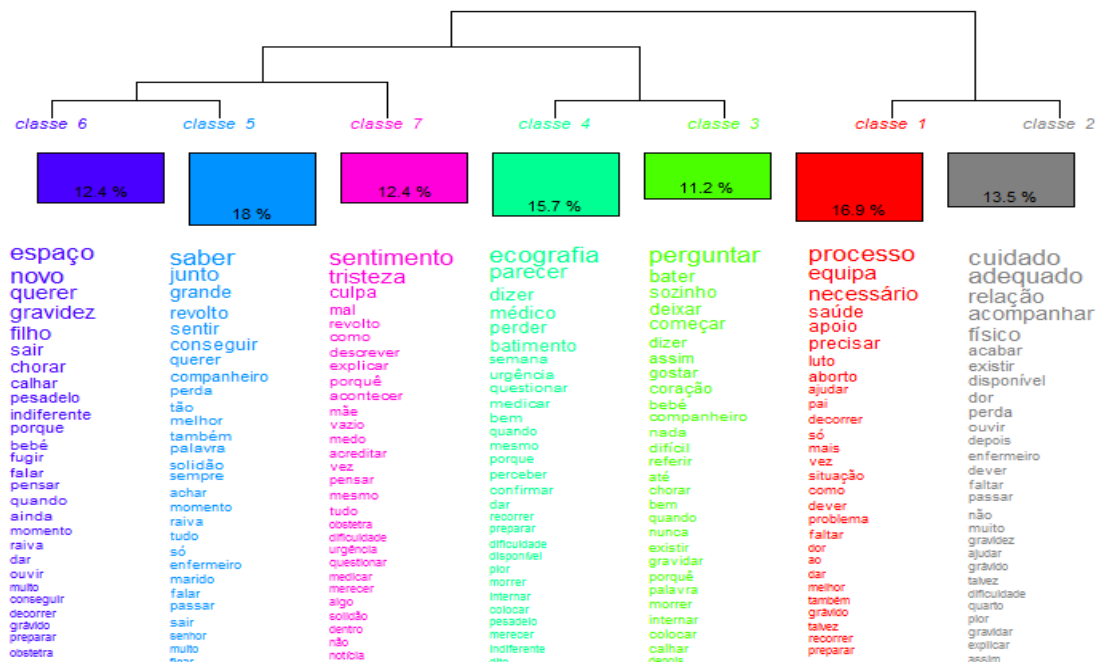


Figura 9 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente da População Alvo das mulheres

Fonte: Software IRaMuTeQ

Na visualização do Dendrograma (Figura 9) é possível constatar que primariamente formaram-se as classes 1 e 2. Posteriormente, surgiu a divisão das classes 3, 4 e 7, sendo que desta última emergiram as classes 5 e 6. Por sua vez, as classes 6 e 5; 4 e 3 e 1 e 2 encontram-se mais próximas entre si.

Relativamente aos percentuais obtidos para cada uma das classes, verificou-se que a classe 5 abrange 16 UCE's com uma percentagem de 18% de acordo com o total de UCE's é a mais representativa; a classe 1 é composta por 15 UCE's, representando 16,85%; segue-se a classe 4 com 14 UCE's, representando 15,73 %; a classe 2 incluindo 12 UCE's, representando 13,48%; posteriormente as classes 6 e 7 com 11 UCE's, cada representando 12,36% e por fim a classe 3 incluindo 10 UCE's representando 11,24%.

A divisão obtida permitiu verificar vários aspetos referidos pelas mulheres / casais relacionados na vivência perante situações de perda fetal.

O processamento dos dados obtidos permitiu assim agrupar o corpus do texto resultante das entrevistas nas seguintes classes:

- **Classe 1** - Integrar a perda gestacional
- **Classe 2** – Atitudes dos profissionais percebidas pelas mães perante a vivência de perda gestacional.
- **Classe 3** – Reações das mães perante a notícia de perda gestacional.
- **Classe 4** – Significado da perda gestacional atribuído pela mulher.
- **Classe 5** – Necessidade de apoio perante o confronto da notícia.
- **Classe 6** – Superar a perda gestacional
- **Classe 7** – Sentimentos vivenciados pela mulher perante a perda gestacional

Classe 1 - Dificuldade em integrar a perda, cada vez mais a decisão de ter um filho acontece no momento considerado ideal, o que leva a criar expectativas elevadas na gravidez. Uma vez grávida, a mulher prepara-se como nos diz Canavarro, (2006) para durante nove meses de experiências, ansiedades, fantasias e reflexões, viver o projeto mais importante da vida do casal - projeto da maternidade. No decorrer deste projeto, os pensamentos da mulher não contemplam que algo de mau ocorra, geralmente após a aceitação da gravidez só há lugar para felicidade, construção de sonhos e expectativas para acolher o novo membro da família. A contrastar com estas vivências, surgem com a perda gestacional: angústia, tristeza e desolação, como refere Bartilotti (1998), quebra-se a possibilidade de viver a maternidade surgindo o fracasso. Torna-se assim, difícil de explicar todas as incertezas...como, quando, porquê, porquê a mim?

**** *entre_10 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) que queria muito esta gravidez e este filho planeamos tudo não era justo pensei que o meu corpo não era bom para gerar um filho não entendia é se ainda era nova porque o meu bebé tinha morrido eu consegui ficar grávida (...)”

**** *entre_07 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
 “(...) porque é que há tanta gente que não quer um bebé e eu que queria tanto porque me aconteceu a mim é injusto apeteceu-me chorar fiquei com muita raiva uma tristeza que não sei descrever (...)”

**** *entre_07 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
 “(...) pensei porquê é que foi a mim será que tenho algum problema físico “(...)”

**** *entre_09 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
 “(...) senti-me muito zangada, mas parecia ser comigo não conseguia culpar ninguém só sabia que sentia uma revolta muito grande acho que queria estar sozinha porque não tinha eu recorrido ao hospital mais cedo fico a pensar quando é que me aconteceu (...)”

**** *entre_02 *ra_2 *id_2 *estcivil_4 *hl_3 *exp_2
 “(...) o que tinha feito de mal para que tudo se repetisse porquê a mim foi difícil acreditar (...)”

**** *entre_08 *ra_2 *id_3 *estcivil_1 *hl_3 *exp_1
 “(...) porque é que morreu não merecíamos pensei como ia dizer aos irmãos (...)”

**** *entre_10 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
 “(...) achei que não fiz nada para merecer isto nem eu nem nenhuma mulher chorei muito sinto revolta contra tudo e contra todos neste momento estou zangada com todos comigo com deus com meu marido os meus pais (...)”

O que permanece na esfera do desconhecido e do obscuro fragiliza o mundo psíquico, daí, a mulher ter necessidade de conhecer e entender as causas da perda fetal chegando mesmo a questionar-se sobre os culpados:

**** *entre_09 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
 “(...) senti-me muito zangada, mas parecia ser comigo não conseguia culpar ninguém só sabia que sentia uma revolta muito grande acho que queria estar sozinha porque não tinha eu recorrido ao hospital mais cedo (...)”

**** *entre_02 *ra_2 *id_2 *estcivil_4 *hl_3 *exp_2
 “(...) revolta tristeza culpa incapacidade culpabilização o que fiz mal para não conseguir ser mãe pela terceira vez será um castigo sinto-me incompleta como mulher (...)”

Como foi mencionado pelas participantes, torna-se difícil aceitar a perda quando durante a gravidez tudo corre bem, o esperado seria o nascimento de um bebé saudável. Várias pesquisas sustentam que uma vigilância pré-natal adequada e sem intercorrências pressupõe sucesso no nascimento (Barr & Cacciatore, 2008; Clauss, 2009; Kavanaugh, Savage, Kilpatrick, Kimura & Hershberger, 2005; McCoyd, 2007):

**** *entre_09 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
 “(...) a gravidez decorreu sem nenhuma intercorrência estávamos tão felizes tínhamos tudo preparado em casa nós queríamos muito este filho não era justo (...)”

O facto de a gravidez falhar provoca na mulher uma enorme injustiça e dificuldade em lidar com ela, manifestando revolta até para com ela própria para com as pessoas mais próximas (pais e marido) e até mesmo com Deus sendo como se fosse esquecida por quem a devia proteger. Esta revolta com Deus foi analisada por alguns autores como Kohn e Moffit (2000) e McLaughlin (2005) e espelhada no discurso das mulheres entrevistadas:

**** *entre_10 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
 “(...) achei que não fiz nada para merecer isto nem eu nem nenhuma mulher chorei muito sinto revolta contra tudo e contra todos neste momento estou zangada com todos comigo com deus com meu marido os meus pais (...)”

Na **Classe 2** - Perceção das mulheres com vivência de perda gestacional acerca das atitudes dos profissionais na prestação de cuidados, o empenho colocado nos cuidados pelos enfermeiros promove o eficaz acompanhamento aos pais que vivenciam experiência de perda fetal, conseguindo “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). O enfermeiro deve pôr de lado os seus próprios valores e crenças para conjuntamente com os outros elementos da equipa prestarem cuidados de qualidade a estas mulheres; proporcionar um ambiente seguro e adaptativo através da escuta empática e ativa; respeitar a sua cultura, raça, religião, valores e crenças; informar o casal sobre todas as questões referentes á situação; identificar pais e famílias em risco de desencadearem respostas não adaptativas á perda; ajudar o casal/ família a adaptar-se á nova situação, favorecendo a aceitação da perda (Antunes & Patrocínio, 2007).

Os discursos revelam que as participantes sentiram acompanhamento de forma persistente e adequado por parte dos enfermeiros, simultaneamente com um elevado grau de sensibilidade às manifestações verbais e não-verbais da dor. A este propósito Sá (2001), evidencia que o cuidado emocional é a habilidade de perceber o imperceptível nos cuidados que são prestados.

**** *entre_04 *ra_1 *id_6 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2

“(...) foram muito sensatas e humanas senti que a componente humana e relacional se sobrepôs á parte técnica dos cuidados senti me acompanhada, mas nada preenchia o vazio que sentia é indescritível a dor que se sente (...)”

**** *entre_02 *ra_2 *id_2 *estcivil_4 *hl_3

“(...) muito acompanhada as enfermeiras estiveram sempre ao meu lado foi com elas que eu chorei e que me apoiaram durante todo o internamento sem elas teria sido ainda mais horrível devastador senti muito carinho sempre que me prestavam cuidados (...)”

Foi igualmente valorizado ter sido facilitado o acompanhamento e o apoio emocional por parte do marido e da família. Carvalho e Meyer (2007) refere que a presença de familiares e amigos é fundamental no apoio á mulher, principalmente no processo de luto. O pai do bebé é evidenciado como a figura fundamental. Sendo importante a união do casal para que se apoiem mutuamente e encontrem forças para enfrentar a perda, conforme é referido pelas participantes:

**** *entre_03 *ra_1 *id_2 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2

“(...) estiveram presentes não me deixaram sozinha possibilitaram a presença do meu companheiro e a visita de uma amiga foram muito humanas quando o meu bebé nasceu perguntaram nos se gostávamos de ver o bebé senti muito apoio (...)”

**** *entre_08 *ra_2 *id_3 *estcivil_1 *hl_3 *exp_1

“(...) foram muito bons para nós espero não precisar mais deles por estas situações, mas deram-nos muito apoio, mas o tempo é que vai aliviar esta dor só o tempo (...)”

**** *entre_08 *ra_2 *id_3 *estcivil_1 *hl_3 *exp_1

“(...) estive sempre acompanhada pela enfermeira e até a senhora auxiliar estive sempre disponível (...)”

**** *entre_07 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) da parte das senhoras enfermeiras estiveram sempre presentes quando solicitadas e com atitude de compreensão já não senti o mesmo da parte médica pois vi o quando fez a ecografia e depois para colocar comprimidos na minha vagina (…)”

Podemos inferir dos excertos apresentados que os aspetos relacionais por parte dos médicos para com as mulheres, são mencionados por muitas como insatisfatórios, Numa situação de fragilidade quanto esta, é fácil sentirem-se abandonadas na vertente relacional.

A este prepósito Corbert-Owen e Kruger (2001) e Harvey, Moyle e Creedy (2001) evidenciam que as mulheres são vistas de uma forma redutora, sendo mencionadas como aquele “caso clínico”, dificultando assim na recuperação da perda, necessitando muito mais de apoio emocional do que apoio técnico:

**** *entre_02 *ra_2 *id_2 *estcivil_4 *hl_3 *exp_2

“(…) sempre disponíveis mais não podiam ter feito o mesmo não posso dizer dos médicos muito despegados até mesmo frios pareciam indiferentes perante um problema destes é certo que fizeram muitos exames, mas o resto faltou (…)”

Proporcionar ambiente seguro no sentido de resguardar as mães do choro dos outros bebés e da convivência com outras mulheres em trabalho de parto, foi outra das condutas positivas por parte dos enfermeiros conforme referido pelas mães:

**** *entre_06 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) a equipa que me assistiu foi muito sensata colocou me no ultimo quarto onde me protegia do entra e sai de outras grávidas e puérperas estiveram sempre presentes deram me espaço para chorar desabafar e essencialmente quando não queria falar respeitaram (…)”

**** *entre_06 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) o espaço físico foi adequado depois foi transferida para ginecologia o que foi bom não tinha que ver e ouvir bebés e mulheres grávidas o atendimento foi adequado todos os esforços dos enfermeiros foram no sentido de me respeitar e ajudar senti que estavam disponíveis para o que necessitava (…)”

No entanto, verificamos que, houve algumas mulheres a quem este ambiente não foi proporcionado, dando a transparecer divergência nos cuidados e até mesmo insensibilidade, desumanização e uma má prática no cuidar. A este prepósito Moulder (2002) refere que devem ser criadas condições físicas que permitam satisfazer as necessidades de privacidade, respeito e compreensão de forma a minorar o sofrimento. Cabe ao enfermeiro proporcionar essas condições, caso não existam, é imperativo adaptá-las para que as mães possam usufruir de privacidade na vivência da situação:

**** *entre_07 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) ouvia o meu companheiro dizer obrigada e eu só chorava relativamente ao ambiente (…) o local para um nascimento ouvia o gemer de algumas grávidas e até o choro de um bebé isto lembra me muito bem foi difícil aquele choro (…)”

**** *entre_02 *ra_2 *id_2 *estcivil_4 *hl_3 *exp_2

“(...) penso que deveria ser um espaço mais resguardado das restantes senhoras e dos bebés dói muito ouvir os bebés chorar e saber que nunca vou ouvir o meu parece um pesadelo (...)”

Para além da dor emocional também a dor física desencadeada pela indução do parto deve ser contemplada na assistência á mulher, sendo defendido por Nery, Monteiro, Luz e Crizóstomo (2006) que a dor física deveria ser evitada por ser considerada extremamente agressiva, já que a emocional não é possível evitá-la. Foi evidenciado pelas participantes que os EESMO não descuidaram as necessidades físicas, tendo sido aplicadas técnicas não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor conforme podemos verificar nos excertos:

**** *entre_09 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
“(...) voltei á realidade com as dores que tinham iniciado, mas com grande violência logo veio a senhora enfermeira para me ajudar senti mais uma vez que se preocuparam comigo perguntaram se queria uma massagem (...)”
**** *entre_08 *ra_2 *id_3 *estcivil_1 *hl_3 *exp_1
“(...) provocaram o parto foi rápido até fiz epidural (...)”

Foi ainda referenciada a valorização da dor emocional sentida com palavras de reforço positivo por parte do enfermeiro A este propósito Cardoso (2002) defende que o enfermeiro na abordagem a estas mães deve utilizar algumas frases “sinto-me triste por si” (...), “o que posso fazer por si?” (...) “Isto deve ser duro para si,” para desta forma a mãe sentir que valorizam a dor desmesurável que sente perante a perda:

**** *entre_01 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2
“(...) como lhe deve custar ouvir chorar o bebé que acabou de nascer no quarto ao lado senti que aquela enfermeira percebia a minha dor quanto ao ambiente físico penso que não foi o adequado apetecia me fugir dali (...)”

Na **Classe 3** - Reações das mães perante a notícia de perda gestacional, podemos dizer que a comunicação da notícia de perda gestacional é sempre um momento muito penoso para as mães, que ao confrontarem-se com a perda, chegam a questionar-se se é verdade o que lhes está a acontecer, parecem não entender o que lhes é comunicado, chegando mesmo a não acreditar no que estão a ouvir. Callister (2006) refere que o facto da perda gestacional ocorrer de forma inesperada e imprevisível contribui para aumentar o choque sentido aquando da comunicação da notícia da morte do bebé. Também as participantes referenciaram descrença, choque, injustiça, revolta referem mesmo que foi como perder um bocado delas, a este propósito Adolfsson, Larsson, Wijma e Bertero (2004) e Lok e Neugebauer (2007) referem que as mulheres percecionam o feto como uma parte de si própria chegando mesmo a sentir uma sensação de vazio. Nem sempre a comunicação da notícia é transmitida da melhor forma, influenciando e exacerbando a reação. Moulder

(2002) refere que quando a notícia é transmitida de forma clara, direta, mas sensível às reações das mães pode atenuar o choque permitindo compreender melhor o que é comunicado. O mesmo autor e outros referem ainda, que, a informação disponibilizada e a forma como é transmitida afetam a mulher quer na compreensão quer na aceitação do fenómeno (Moulder, 2002; Williams, Munson, Zupancic & Kirpalani, 2008) como pudemos apurar:

**** *entre_04 *ra_1 *id_6 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2

“(...) foi dada pelo médico pareceu-me bastante distante fiquei sem perceber se estava a ouvir bem a mensagem (...)”

A maioria das mulheres perante a confrontação com a notícia desencadeiam uma reação de dúvida, descrença, incertezas, sendo difícil acreditar no que lhes é transmitido chegando mesmo a questionar se não será engano, se o que estão a ouvir é mesmo verdade, segundo Frost (2007) trata-se da fase de choque, na qual, se torna difícil assimilar a informação que lhes foi comunicada, esta fase, para alguns autores como McCoyd (2007) e McLaughlin (2005) é como que o trampolim necessário para enfrentar a aceitação da notícia para a qual ainda não se encontravam preparadas. Também Jansson & Adolfsson (2011) referem que deve ser dado tempo para a mulher poder interiorizar e se necessário reformular a informação, recorrendo a uma linguagem acessível e permitindo que a mulher recupere do choque e evolua para a fase reativa, para desta forma conseguir retomar o seu estado de consciência e assimilar o ocorrido (Koch, 2014) podendo assim acreditar no que lhe é comunicado:

**** *entre_09 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(...) não acreditei no que nos estava a ser dito pois a gravidez decorreu sem nenhuma intercorrência estávamos tão felizes tínhamos tudo preparado em casa nós queríamos muito este filho não era justo (...)”

**** *entre_01 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2

“(...) a minha reação foi de não acreditar pensei que um erro de diagnóstico não era provável estar a acontecer a (...) tenho dificuldade em definir Choque raiva tristeza angústia revolta perda solidão desinteresse medo (...)”

**** *entre_07 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(...) o médico quando fez a ecografia disse que o bebé não estava vivo pensei que não era verdade o que estava a ouvir e questionei o quê durante algum tempo pensei que seria um pesadelo pensei que se tinha enganado (...)”

Para algumas mulheres a ambição de ter um filho é tão grande, que mesmo na presença de sinais evidentes de ameaça da evolução da gravidez não acreditam que isso lhes vá acontecer. Mesmo perante sinais reais, elas tentam justificar, negando. Segundo Boss, (2002) não crer acreditar no que se vê ou ouve, é entrar em negação, como forma de defesa perante uma realidade dolorosa:

**** *entre_04 *ra_1 *id_6 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2
“(...) a confirmação da notícia foi me dada pelo médico quando cheguei á urgência obstétrica por motivo de hemorragia abundante do segundo trimestre foi muito mau porque a confirmação do que eu não queria ouvir confirmou se quando o médico me observou e disse que não havia nada a fazer que o bebê não estava vivo (...)”

**** *entre_01 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2
“(...) parecia uma eternidade comecei a perder mais sangue e o médico disse me para me preparar para o pior repetiram a ecografia e o médico confirmou a ausência de batimentos referindo que acontece frequentemente

**** *entre_08 *ra_2 *id_3 *estcivil_1 *hl_3 *exp_1
“(...) é difícil de dizer o que senti pois já tinha três filhos saudáveis e nunca tinha acontecido até achei que era mentira pois eu até sentia o bebê mexer perguntei ao médico se estava a ver bem (...)”

**** *entre_01 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2
“(...) quando ouvi dizer que tinha batimentos baixos foi como que uma esperança uma esperança de que tudo pudesse voltar a estar bem questionei o médico se há batimentos o bebê esta vivo, mas a resposta foi desoladora não estava á espera (...)”

Outras mulheres chegam mesmo a não acreditar, pondo em dúvida o diagnóstico apresentado, necessitando de outra opinião querendo ouvir algo diferente que as satisfaça. (Adolfsson et al., 2004).

**** *entre_06 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
“(...) seguidamente o que estou a ouvir não é verdade enganaram se não tenho perdas não tenho dores não pode ser verdade vou procurar segunda opinião (...)”

Alguns profissionais ao lidarem diariamente com estas situações, nem sempre contemplam a vertente emocional tomando atitudes desadequadas no momento da comunicação da má notícia, vendo a mulher como mais um caso clinico que é necessário tratar:

**** *entre_04 *ra_1 *id_6 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2
“(...) apesar de ser um médico que diariamente trabalhava comigo não soube aproximar se da utente que tinha á frente senti uma frieza no trato talvez para se defender provocando ainda mais revolta pelas palavras...vai ser rápido o colo está todo aberto (...)”

**** *entre_10 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
“(...) referiu apenas que o bebê deixou de crescer e tinha morrido precisávamos de induzir e que geralmente para estas situações não existem causas aparentes se calhar era a natureza que se encarregava de resolver estas situações que alguma coisa não estava bem (...)”

Face às diversas reações evidenciadas pelas participantes, verificamos o quanto é importante e primordial que os profissionais atuem perante este fenómeno tão crítico na perspetiva de quem o viveu, tendo presente o que cada mulher vivenciou, disponibilizando mais atenção, assim como na forma como se dirigem no momento da comunicação da notícia, tendo presente a multiplicidade de reações de forma a adequar as intervenções face às necessidades de cada individuo.

Relativamente á **Classe 4** - O significado da perda gestacional atribuído pela mulher, são ainda, muitas as mães que têm de se confrontar com a perda inesperada dos seus filhos, a perda gestacional para a mãe pode ser considerada como o fim de um sonho, do seu bebê.

Apesar de cada mulher perceber este acontecimento de forma singular, Perry (2008) defende que a perda gestacional provoca profundas alterações na imagem corporal das mulheres e apreensões acerca da sua fertilidade ou capacidade de gerar uma criança. O significado da perda gestacional referida pelas participantes denota o corte com todas as expectativas criadas naquela gravidez, uma vivência repleta de falta de sentido, como o fim de tudo, Gerber-Epstein et al. (2009) confirmam os dados referindo que a gravidez para a mulher representa a concretização de um sonho, porém esse sonho transforma-se em pesadelo quando a gravidez não avança. Ainda a este propósito Fonseca (2008) refere que a perda gestacional significa para a mulher a rejeição da sua capacidade de exercer o seu papel de mulher e mãe. Pontes (2008) defende que quando nasce uma criança nasce também uma mãe, podendo-se inferir dos excertos das participantes que a gravidez interrompida leva a uma maternidade interrompida:

**** *entre_07 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) pois senti que para eles era só um problema obstétrico que era necessário tratar nada mais enquanto para mim foi perder uma parte de mim (…)

**** *entre_10 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) queria muito esta gravidez e este filho não era justo pensei que o meu corpo não era bom para gerar um filho não entendia é se ainda era nova porque o meu bebé tinha morrido eu consegui ficar grávida (…)

**** *entre_04 *ra_1 *id_6 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2

“(…) é como se tudo acabasse ali a morte é mais de que o fim de uma etapa o luto precisa de ser feito (…)

**** *entre_10 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) quando a enfermeira veio ter connosco e levou para a sala onde se ia desenrolar tudo e eu a pensar que aquela sala seria para se ter dado o nascimento do meu filho senti muita raiva revolta tristeza e desinteresse por tudo significou o fim de tudo foi a confirmação do fim (…)

**** *entre_09 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) eu queria saber o que aconteceu achei que tinha acabado tudo um sonho que não passou de uma ilusão (…)

É sem dúvida licito que estas mulheres possam sentir desilusão por não terem conseguido levar a gravidez a seu término, mas, mais do que o desfecho é o facto de esta gravidez ter existido, sentirem o que fica para além desta perda? nada... e tudo... nada, pelo vazio que sentem, pelos sonhos e projetos interrompidos, e tudo... pelo que de grandioso possam ter idealizado para esse projeto. Mogoldrick citado em Giron (2008) destaca isso mesmo, que quando se perde um filho perdem-se muitas perspetivas de futuro. Ainda a este propósito Freitas (2000) corrobora desta opinião ao expor o sofrimento indescritível vivido por um filho que se perde abruptamente sem que os sonhos se concretizassem. Também Soifer (1992) diz que os desejos e sonhos da mulher em relação aquele bebé são frustrados, impedindo-a de utilizar a sua capacidade maternal causando-lhe uma dor insuportável:

**** *entre_05 *ra_1 *id_2 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
“(...) e uma dor insuportável indescritível porque aquela gravidez existiu e ficam muitas idealizações em relação ao que poderia ter sido (...)”
**** *entre_03 *ra_1 *id_2 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2
“(...) foi a maior das decepções foi como sentir o fim de tudo de todos os sonhos a perda do meu bebê mais uma vez tudo se desmoronou apodera-se de mim um sentimento de tristeza e culpa (...)”

Relativamente á ultima classe, a **Classe 5** - Necessidade suporte perante o confronto da notícia. Perante situações adversas, o ser humano necessita de apoio para poder enfrentar satisfatoriamente as dificuldades com que se depara. Perante o impacto da notícia de perda gestacional, a presença de uma pessoa significativa poderá ser apaziguadora perante imprevistos. Segundo Koch (2014), estas mães tem necessidade de expressarem os seus sentimentos e partilhar a frustração com o companheiro ou com uma pessoa da sua esfera relacional, para poderem tomar decisões em conjunto, e enfrentarem o problema de forma solida, facilitando a aceitação e adaptação á nova realidade.

Durante a vigilância da gravidez e nas situações de recorrência á urgência por diferentes situações, nem sempre a mulher tem a possibilidade de se fazer acompanhar por o companheiro ou por um familiar, tendo por vezes, que confrontar-se sozinhas com notícias avassaladoras. De acordo com o referido pelas participantes podemos inferir que o não ter alguém (marido) junto para partilhar a dor torna-se ainda mais difícil e horrível chegando a sentirem-se desprotegidas:

*** *entre_08 *ra_2 *id_3 *estcivil_1 *hl_3 *exp_1
“(...) quando ele disse que sim comecei a chorar e estava sozinha senti-me desprotegida foi pelo médico quando cheguei e colocaram o aparelho para ouvir o bebê chamaram logo o médico e ele fez a ecografia (...)”
**** *entre_08 *ra_2 *id_3 *estcivil_1 *hl_3 *exp_1
“(...) o coração do meu bebê deixou de bater e perguntou há quanto tempo eu não sentia o bebê depois disse não há nada a fazer fica internada para provocarmos o parto, estava sozinha o meu marido estava lá fora, foi horrível (...)”
**** *entre_03 *ra_1 *id_2 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2
“(...) o médico que me seguia a gravidez na consulta ás vinte semanas quando tentou ouvir o coração do bebê com o doppler não conseguiu tentou tranquilizar-me mas em vão a revolta foi tao grande que nada nem ninguém me podia acalmar não conseguia parar de chorar se ao menos o meu marido pudesse ter ido comigo ajudava (...)”

Houve ainda uma participante que beneficiou da presença do marido no momento do confronto com a notícia, referindo ter sido facilitador. Vindo assim, a consolidar o quanto importante é ter alguém com quem partilhar conforme o excerto

*** *entre_10 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1
“(...) fiquei sozinha um bocado com o meu companheiro choramos os dois sem dizer nada assim pudemos apoiar-nos só gostávamos que nos dissessem o porquê de terminar assim a nossa felicidade (...)”

Em relação á **Classe 6** – Dificuldades na superação da perda gestacional, muitas são as mulheres que antes de estarem grávidas, idealizam e iniciam a sua história reprodutiva, criando uma ligação forte com o bebé puramente mental (McCoyd, 2007).

Na vivência da morte gestacional, não é só a morte do bebé que as pessoas têm de superar, é também a perda da esperança e da alegria que para ela representava. A interrupção repentina do sonho, decorrente da privação da gravidez e maternidade desejadas, cria dificuldades na superação da perda. É, pois, necessário vivenciar e partilhar ansiedades, tristezas e fantasias e emoções de forma a criar mecanismos saudáveis para a elaboração interior da perda, de forma, a facilitar um reajustamento do equilíbrio psicológico:

**** *entre_05 *ra_1 *id_2 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) após o aborto passa a ser um assunto tabu não se toca no assunto é o pior que se pode fazer porque aquela gravidez existiu e ficam muitas idealizações em relação ao que poderia ter sido muito ficou por resolver (...)”.

Para além das idealizações que ficam por concretizar, não menos importante é a falta de aceitação da perda por parte dos outros, impossibilitando as mulheres de partilhar sentimentos, angustias e fantasias com os familiares /amigos /sociedade. Como referem as participantes:

**** *entre_05 *ra_1 *id_2 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(…) todos sabem que estavam grávidas, mas depois têm imensa dificuldade em aceitar o luto pela perda do filho para os outros estes bebés não existiram não os sentiram até já se esqueceram (...)”

De acordo com alguns estudos, a importância do suporte familiar e social face ao stress psicológico que acompanha estas perdas, é de extrema importância para a resolução da perda. A este propósito Kavanaugh et al. (2004) e Séjourné, Callahan e Chabrol (2010) referem que um suporte adequado é uma das principais necessidades das mulheres numa situação como esta, sendo primordial para a sua recuperação. Koch (2014) refere ainda, que esse suporte contribui de forma preventiva no surgimento da necessidade de uma intervenção tardia, pelo facto de constituir um apoio para o bem-estar, ajudando na resolução do luto e, consequentemente no retomar das funções familiares/sociais e mesmo profissionais.

Também no contexto hospitalar Antunes e Patrocínio (2007) ressalta ainda que para além da importância de atitudes de suporte, disponibilidade, empatia, é igualmente importante o encaminhamento para sistemas de apoio psicológico após a perda. Setúbal, Barini, Zacaria e Pinto e Sila (2006) corrobora a ideia referindo que para algumas mulheres o apoio psicológico é importante e necessário permitindo-lhe participar ativamente no processo de diagnóstico e terapêutico, facilitando a exposição de medos e angústias,

tornando-as menos vulneráveis, e por sua vez mais aptas e capazes de lidar com as inúmeras situações que possam ocorrer. Foi apurado das entrevistas que esta conduta por parte dos enfermeiros não foi contemplada nos cuidados dispensados às mulheres.

**** *entre_04 *ra_1 *id_6 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2

“(...) talvez falte preocupação por parte da equipa de saúde quanto ao encaminhamento para vivenciar o processo de luto

**** *entre_02 *ra_2 *id_2 *estcivil_4 *hl_3 *exp_2

“(...) não acaba com a alta e depois do bebé o que fica nada uma perda muito grande e uma dor que não desaparece e quem nos ajuda a superar essa dor penso que devíamos ter apoio depois da alta (...)”

**** *entre_01 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2

“(...) penso que cada vez mais os afetos devem pautar nos cuidados dos profissionais de saúde como é difícil ultrapassar o luto sem o apoio conjunto de uma equipa multidisciplinar sugiro que seria importante um psicólogo na equipa para o apoio no processo do luto(...)”

Também Ampese et. al (2007) corrobam os dados encontrados referindo que a dor provocada pela perda será ultrapassada com o passar do tempo á medida que o luto vai sendo elaborado pela família, embora as lembranças essas se mantenham vivas para sempre. Ainda a este propósito Walsh e McGoldrick (1998) referem que o sofrimento pode persistir por anos a fio e até intensificar-se com o decorrer do tempo, podendo ser devastador para o casamento, filhos e a saúde da família.

A **Classe 7** - Sentimentos expressos pela mulher perante a vivência da perda gestacional, São várias as causas, que levam a que muitas grávidas acabem por deixar a maternidade marcada como um estado de vida e de alegria, sem puderem embalar os seus filhos nos braços, gerando na mulher / casal um profundo sofrimento e dificuldades adaptativas.

Segundo Ampese et al. (2007) a perda de um bebé provoca uma experiencia devastadora para a mulher / família que a vivencia; Cabral (2005) acrescenta referindo que a morte inesperada é mais traumatizante colocando dificuldades sérias na elaboração do luto. A propósito Adolfsson et al., (2004) diz que para as pessoas que a vivenciam, o mundo parece, repentinamente, injusto para com elas. Da análise das entrevistas constatamos que as participantes experienciam sentimentos negativos, de forma confusa, como uma mistura de sentimentos difícil de descrever, é como se a vida lhes tenha pregado um partida, lhes tivesse roubado tantos sonhos e esperanças, as tenha traído, Interrogam-se porquê a elas? Sabe-se no entanto, que as reações dependem inevitavelmente, da cultura e dos valores, das experiencias e das características de cada individuo (Boss, 2002). Dos excertos das entrevistas denota-se uma ambivalência de sentimentos vivenciados pelas mulheres:

*** *entre_06 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(...) o meu primeiro sentimento foi de desespero revolta e ao mesmo tempo de culpabilização questionar-me o que fiz de mal para me estar acontecer isto porque é que eu não mereço ser mãe (...)”

**** *entre_01 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2

“(...) algo terrível tinha acontecido, mas não sei exatamente descrever o que senti no momento foi como que uma mistura de sentimentos revolta desilusão fracasso (...)”

**** *entre_09 *ra_1 *id_3 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(...) a minha reação foi de não acreditar pensei que um erro de diagnóstico era provável estar a acontecer os meus sentimentos foram de uma ambivalência que tenho dificuldade definir raiva tristeza angustia revolta perda solidão desinteresse medo (...)”

**** *entre_02 *ra_2 *id_2 *estcivil_4 *hl_3 *exp_2

“(...) a revolta foi tão grande que pensei o que tinha feito de mal para que tudo se repetisse porquê a mim senti uma tristeza tão grande que não consigo explicar foi uma dor a triplicar como que fosse o fim e o início de tudo (...)”

**** *entre_06 *ra_1 *id_1 *estcivil_4 *hl_6 *exp_1

“(...) sentimento de revolta e procurar dentro de mim o que tinha feito que pode se resultar nesta situação o médico foi me acalmando e explicando que não há culpa nem culpados são situações que acontecem sem que não possa prever que o organismo é soberano (...)”

Para além de todos estes sentimentos referidos pelas mulheres, é ainda mencionado que mesmo com o passar do tempo, as memórias, essas, permanecem vivas no quotidiano das mães, como nos referem Gerber-Epstein et al. (2009) que as mulheres conseguem reconstituir o acontecimento com exatidão mesmo que tenham passado alguns meses e até anos:

**** *entre_04 *ra_1 *id_6 *estcivil_4 *hl_6 *exp_2

“(...) um misto de sentimentos impotência revolta tristeza culpa e medo apesar de mais de uma década ter passado as memórias essas permanecem lembro me como se fosse hoje (...)”

Pela análise da figura 10, verifica-se cruzamento entre as classes 3, 4 e 5, embora o núcleo de intersecção seja mais forte entre as classes 3 e 4. Relativamente às classes 1 e 2, a intersecção é praticamente nula, acontecendo o mesmo entre as classes 7 e 6.

A intersecção das classes 3,4,5 é bastante representativa da interligação entre o significado da perda gestacional para a mulher e a reação destas mães perante a notícia de perda gestacional. Embora mais ténue a intersecção com a necessidade de apoio perante o confronto da notícia. Paralelamente, as classes sentimentos vivenciados pela mulher perante a perda e necessidade de apoio perante o confronto da notícia de perda gestacional.

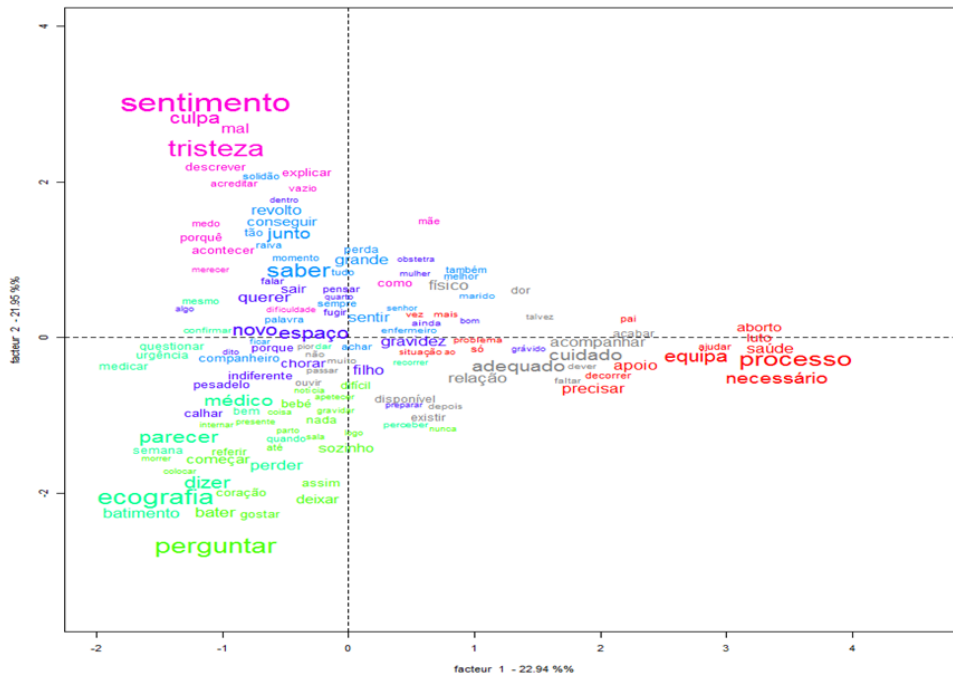


Figura 10 - Análise Fatorial de Correspondência da População Alvo das Mulheres

Fonte: *software* IRaMuTeQ

Outra das possibilidades de análise através do *software* IRaMuTeQ é a análise de similitude conforme (figura 11), a qual gerou um leque semântico de palavras com maior frequência no texto, possibilitando assim a identificação de ocorrências entre as palavras. Através deste tipo de análise foi possível identificar a estrutura, núcleo central e o sistema periférico da interpretação do conteúdo das entrevistas. Percebeu-se que a palavra não representa o núcleo central da palavra com maior destaque no texto, enquanto os núcleos representativos das palavras sentir e bebê constituem os núcleos periféricos. No núcleo em que a palavra central é não, a rede de palavras mais representativas são as palavras: ouvir, pensar, vez, mais, chorar, médico. No núcleo periférico com a palavra central bebê a palavra mais representativa é a palavra deve; no núcleo periférico com a palavra sentir as palavras mais representativas são: revolta saber, enfermeiro.

Em suma, ao perceber os dados obtidos podemos analisar de forma óbvia que as mães desta amostra ao não sentirem os bebês pensam inevitavelmente em perda, experienciando sentimentos de revolta e tristeza, necessitando de apoio individualizado por parte da equipa de saúde.

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

Neste capítulo faço uma abordagem da revisão sistemática da literatura que serviu de suporte teórico ao estudo da problemática da perda gestacional. Para a realização desta revisão estabeleceu-se a questão de investigação, de acordo com a classificação PI (C) OD - Participantes, Intervenções, (Comparações), Resultados, Desenho (Joanna Briggs Institute, 2011): Quais as vivências (I) dos enfermeiros (P) perante as mulheres que experienciam a morte fetal (O)?

Após a definição da questão de investigação, efetuou-se uma pesquisa na plataforma eletrónica de pesquisa EBSCOhost para selecionar descritores de pesquisa que permitissem obter estudos relacionados com a questão de partida.

Deste modo, selecionaram-se os descritores *experiences, nurse, midwife, fetal death e stillbirth*, no idioma Inglês. A pesquisa foi efetuada no dia 16 de maio de 2016.

Selecionaram-se as bases de dados Academic Search Complete, CINAHL Plus *with full text* e Medline *with full text*, na plataforma de pesquisa eletrónica EBSCOhost. De seguida, introduziu-se a seguinte expressão de pesquisa, composta pelos descritores e booleanos: (*nurse OR midwife*) AND *experiences* AND (*fetal death OR stillbirth*).

Como critérios de inclusão selecionaram-se estudos em formato de texto completo acessível, publicados nos últimos cinco anos, nas Línguas Inglesa e Portuguesa e que respondessem á temática em questão. Como critérios de exclusão consideraram-se estudos com publicação anterior a 2011, em idiomas que não o Inglês e Português, não acessíveis e que não se relacionassem com a temática em estudo.

Após a introdução da expressão da pesquisa e delimitação por data de publicação, idioma e texto completo, obteve-se 23 resultados. Verificou-se que, destes 23 resultados, 5 não se encontravam acessíveis. Dos 18 artigos restantes, verificou-se, através da leitura de título e resumos, que 12 não se relacionavam com a temática pretendida, pelo que foram

excluídos. Assim, obtiveram-se seis artigos que se incluíram na revisão sistemática em estudo.

Ao efetuar uma pesquisa aleatória, encontrou-se um artigo publicado em 2015, em Inglês, que responde á temática em estudo, com desenho qualitativo, exploratório, que se inclui nesta revisão como literatura cinzenta. Os resultados da pesquisa revelam que vários estudos abordam a expressão de sentimentos e emoções que os profissionais demonstrando dificuldade em lidar com a situação de perda gestacional, tanto pela sua atuação como pelo facto de existirem barreiras nos recursos institucionais.

Relativamente aos sentimentos expressos pelos enfermeiros, houve relato de sensação de exposição a stressores, dificuldade em lidar com o casal que sofre a perda, sentimento de falta de um desfecho feliz, dificuldade em lidar com a raiva materna (Heazell et al., 2012), sentimentos de fadiga por compaixão pelas mulheres, raiva, tristeza, exaustão, desejo de evitar o cuidado á mulher (Hill et al., 2014), injustiça e vulnerabilidade perante o choro da mulher (Stott, 2014), necessidade de chorar e expressar emoções (McKenna & Rolls, 2011), sofrimento elevado, choque, negação, culpa, tensão, dificuldade em lidar com os sentimentos e necessidade de os esconder, apenas os revelando na esfera privada (Jones & Smythe, 2015). A sensação de perda dos profissionais foi descrita como intensa e profundamente pessoal, embora, de facto, a perda tenha sido do casal (Jones & Smythe, 2015).

O sentimento de incompetência ou falta de capacidade, relatado pelos profissionais/estudantes na prestação de cuidados a estes casais, é referido por Hill et al. (2014), Stott (2014) e Ellis et al (2016). Outros sentimentos relatados foram preocupação em fazer os casais sentirem-se piores ao encorajá-los a falar da situação (Ellis et al., 2016). Por outro lado, houve referência a satisfação no cuidado á mulher, por estudantes do último ano do curso de bacharelato de parteiras, em oposto á falta de preparação sentida pelos estudantes do primeiro ano (McKenna & Rolls, 2011). Os autores referem que, á medida que os estudantes se confrontam com estas experiências, e ao receber formação sobre como atuar (formação essa que é ministrada mais para o final do curso), ganham competência no lidar com as situações, daí a referência á satisfação. Já Ellis et al. (2016) referem que os profissionais também referiram sentimentos positivos: de natureza gratificante por cuidar de pais em processo de luto. Ainda os mesmos autores, destacam no seu estudo, que os profissionais referiram a importância da continuidade de cuidados e do apoio emocional, de envolver os pais na tomada de decisão e da comunicação verbal e não-verbal.

Stott (2014) refere no seu estudo de caso que teve sintomas físicos no primeiro impacto do cuidado à mulher que sofreu perda (sudorese e taquicardia) e que sentiu receio e ansiedade relacionados com o preenchimento de documentação relativa ao óbito. As barreiras institucionais para a prestação de cuidados holísticos e individualizados ou falta de recursos são obstáculos sentidos pelos profissionais (Ellis et al, 2016; Heazell et al, 2012).

A experiência anterior é identificada pelos profissionais como facilitadora da prestação de cuidados aos casais em processo de luto, mas não alivia o fardo emocional sentido pelos mesmos (Ellis et al., 2016).

O reconhecimento da necessidade de formação por parte dos profissionais/estudantes que prestam cuidados a casais que sofreram perda fetal/neonatal é apontado por Heazell et al. (2012), Stott (2014) e Ellis et al. (2016), através de orientação, de treino de competências comunicacionais, de conhecimentos e de confiança e por Hutti (2015) como uma necessidade sentida por enfermeiros que não são da área de Obstetrícia, mas que se confrontam, na sua prática, com estes casais.

Outro achado referido nos estudos é a necessidade de apoio que os profissionais/estudantes referem quando confrontados com as situações de perda fetal/neonatal. A natureza do apoio é referida como a nível laboral, dos pares (Ellis et al., 2016; Stott, 2014) e a nível pessoal, da reflexão individual (Stott, 2014) e do apoio de familiares, amigos e pares (McKenna & Rolls, 2011). Stott (2014) refere a importância deste apoio para a redução de sentimentos de isolamento.

Os autores encontraram ainda referência a intervenções positivas no cuidado à mulher/casais. Stott (2014) menciona a importância da empatia, da compaixão, da presença física e relata como simples intervenções decorrentes da sua experiência, para além do controlo da dor e do estado hemodinâmico, o segurar a mão da mulher, limpar a testa, fornecer pequenos goles de água para a promoção do conforto. A empatia com a mulher é, no entanto, descrita pelos profissionais no estudo de Jones e Smythe (2015) como uma “faca de dois gumes”, dado que o enfermeiro deve providenciar cuidado sensível à mulher, o que constitui uma intervenção positiva, mas, por outro lado, tem obrigatoriamente de lidar com os seus próprios sentimentos.

Relativamente a práticas sugeridas pelos autores dos estudos anteriormente referidos para a melhoria da prestação de cuidados e para ajudar os profissionais no *coping* perante a situação de morte fetal/neonatal, Heazell et al (2012) mencionam um programa de treino para profissionais que foca, por um lado, o cuidado à família que sofre a perda (e que

engloba o cuidado biopsicossociocultural), e por outro, o autocuidado profissional (para facilitar o reconhecimento de sinais e sintomas de *burnout* por parte dos profissionais). Já Hutti (2015) referem como práticas executadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados a mulheres que sofreram perda fetal a Teoria do Cuidar de Swanson (que engloba como conceitos conhecer, fazer por, estar com, permitir e manter a crença).

Os estudos permitem compreender as vivências dos profissionais que cuidam de mulheres/casais que sofreram perda gestacional. Compreender estas vivências permite, enquanto profissionais de saúde, delinear estratégias e intervenções que facilitem o *coping* dos profissionais que cuidam assim como melhorar a qualidade da prática da enfermagem em Obstetrícia.

De seguida apresenta em resumo os sentimentos dos Enfermeiros perante a vivência de situação de perda gestacional, evidenciados nos vários estudos referidos (Figura 13).

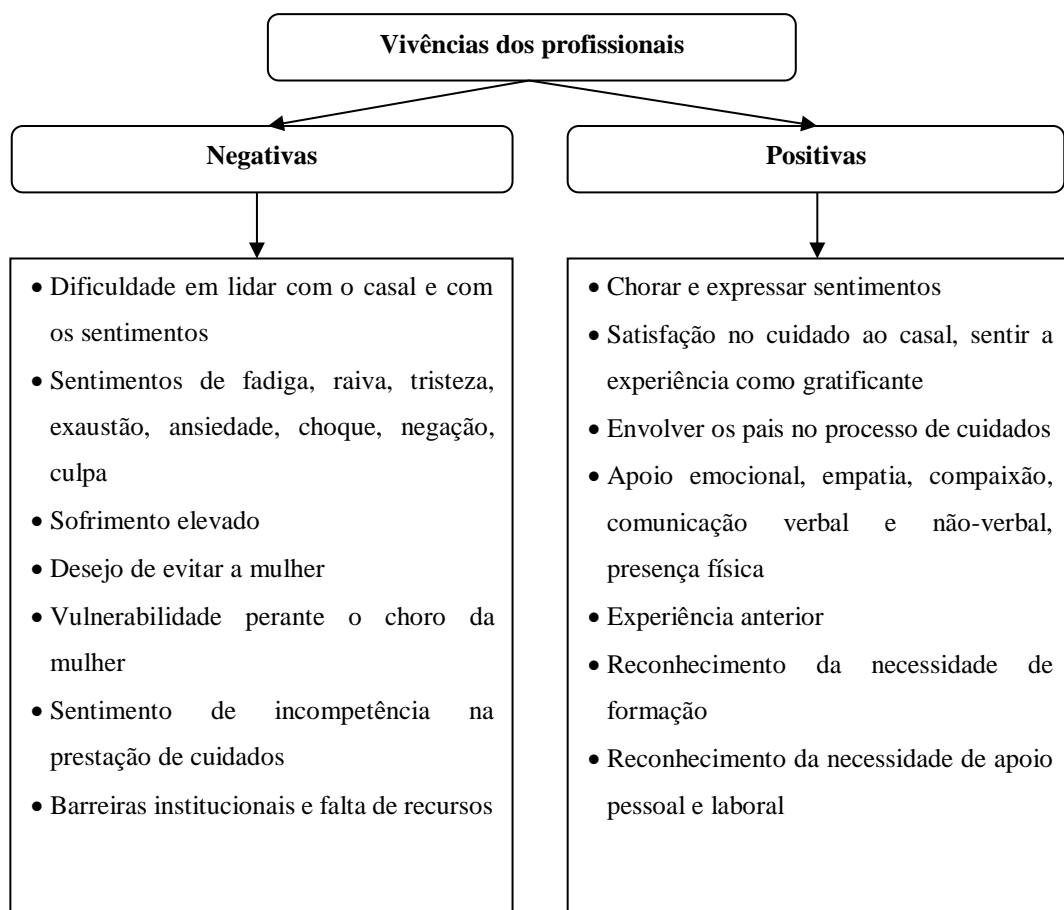


Figura 13 - Vivências dos profissionais no cuidado á mulher que sofreu perda gestacional.

Fonte: A Própria

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Foram selecionadas duas amostras para o presente estudo, uma composta por profissionais de enfermagem (EESMO) e outra por utentes (mulheres que vivenciaram uma experiência de perda gestacional).

As amostras foram selecionadas pela técnica de amostragem de conveniência, tendo sido possível, ao selecionar os casos a serem incluídos, determinar a inclusão de uma maior variedade de experiências. De acordo com Strauss e Corbin (2008) a amostragem de conveniência permite procurar pessoas, locais ou factos dos quais possa, intencionalmente, recolher dados relacionados a categorias, suas propriedades e dimensões.

Desta forma, a amostra referente aos enfermeiros foi constituída pelos EESMO que prestam cuidados nos Serviços de Obstetrícia, Consulta de Obstetrícia e Urgência Obstétrica e Ginecológica no CHBM, EPE, facilmente acessíveis e que pretendessem participar voluntariamente no estudo. Relativamente á população alvo das mulheres, a amostra apresentou como único critério de inclusão, participantes que tivessem situações de perda gestacional, com assistência no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica desta instituição, disponibilizando-se de forma voluntária a aderirem á pesquisa.

O período de realização das entrevistas, em ambos os grupos, decorreu entre Maio e Julho de 2016, o local selecionado para a realização das entrevistas foi o gabinete da enfermeira coordenadora da SUOG, tendo-se definido os dias de acordo com a disponibilidade e conveniência dos participantes. Constituiu-se como preocupação da pesquisadora as características do local escolhido, para que os participantes se sentissem confortáveis e de modo a ser assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos. Tal como evidenciam Streubert e Carpenter (2002), quanto maior é a sensação de conforto por parte da cada participante, mais fácil será a exposição das suas vivências, as quais constituem o cerne do estudo.

Para assegurar a realização do estudo procedeu-se á efetivação do pedido de autorização ao Conselho de Administração e á Comissão de Ética do CHBM, EPE (Apêndice F).

Por forma a garantir o anonimato e confidencialidade, no início de cada entrevista procedeu-se á explicação dos objetivos do estudo, sendo assinado por todos os entrevistados o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice D, E).

As entrevistas tiveram uma duração de aproximadamente 30 minutos, tendo-se utilizado um aparelho de registo áudio, de forma a ser possível a gravação, o mais fidedigna

possível dos dados enunciados pelos participantes. Durante a execução das entrevistas foi preocupação do investigador a criação de uma relação de empatia e confiança, que possibilitasse a expressão espontânea por parte dos profissionais e das utentes.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Durante o planeamento da investigação é essencial definir objetivos. Segundo Almeida citado em Vilelas (2009), o objetivo da investigação delimita o que o investigador quer atingir com a realização do trabalho de pesquisa. Também nesta perspetiva, Vilelas (2009) refere que o objetivo do estudo harmoniza-se com o grau de avanço dos conhecimentos e define-se nos termos que indicam o tipo de investigação a empreender. Com este propósito o presente capítulo apresenta o objetivo geral do projeto de intervenção profissional, bem como os seus objetivos específicos, preconizados para a população-alvo de EESMO (prestadores de cuidados) e de mulheres (beneficiárias de cuidados), sendo realizada a sua justificação e pertinência.

4.1. OBJETIVO DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

A área de saúde materna e obstetrícia tem o privilégio de acolher a vida e a alegria da mulher/família, perante o nascimento do novo elemento, no entanto, por vezes, conhecem-se situações de insucesso em contexto obstétrico (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015). A morte de um feto traz consigo um conflito sério para os pais/familiares e profissionais. Vivenciar a morte antes do nascimento, num local onde a vida surge a qualquer momento, provoca sentimentos de tristeza, angustia, impotência e alguma revolta, quer por parte dos pais, quer por parte dos profissionais que os assistem nestas situações.

Desta forma, ao investigar a temática relacionada com a perda gestacional e o apoio às mulheres/família, considereei pertinente a definição do seguinte objetivo geral para a intervenção, que equacionou a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem:

- Assegurar boas práticas de enfermagem na assistência às mulheres/casais em situação de perda gestacional, por parte da equipa de EESMO.

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO DOS EESMO

Na sua prática profissional, os profissionais de saúde em geral e em particular os EESMO, ao serem confrontados com uma situação de perda gestacional, seja qual for a sua natureza, podem sentir dificuldades nas intervenções ao nível do relacionamento e apoio

á mulher, ou ao casal, sendo levados a recorrerem ao evitamento ou limitando o contacto ao estritamente necessário em termos de cuidados técnicos (Camarneiro et al., 2015).

No mesmo sentido Haezell et al. (2012), faz referência á dificuldade dos profissionais em lidarem com o casal que sofre a perda e com o sentimento de falta de um desfecho feliz. A raiva materna, os sentimentos de fadiga por compaixão pelas mulheres, a tristeza e a exaustão, podem conduziu ao desejo de evitar o cuidado á mulher (Hill et al., 2014). Por outro lado, a injustiça e a vulnerabilidade perante o choro da mulher (Scott, 2014), a necessidade de chorar e expressar emoções (McKenna & Rolls, 2011) e o sofrimento elevado, o choque, a negação, a culpa, a tensão, a dificuldade em lidar com os sentimentos e a necessidade de os esconder, apenas os revelando na esfera privada (Jones & Smythe, 2015) constituem evidências que revelam as necessidades sentidas pelos enfermeiros no atendimento a mulheres/casais que vivenciam uma situação de perda gestacional, sendo importante identifica-las para se poder intervir de forma eficaz nesta população.

Na formação académica dos EESMO, verifica-se uma carência na abordagem da temática subordinada á perda gestacional/morte fetal, tornando-se importante intervir de modo a habilitar os EESMO para a humanização na assistência a estas mulheres. Da mesma forma, também se verifica no Regulamento das Competências Específicas do EESMO emanadas pela OE, insuficiência nas orientações para a prática assistencial do profissional na área da perda gestacional/morte fetal.

Contemplando o exposto e atendendo ao objetivo da intervenção profissional implementado no SUOG do CHBM, EPE, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos para o grupo-alvo de EESMO:

- Analisar os sentimentos/vivências da equipa de EESMO, perante mulheres/casais em situação de perda gestacional;
- Habilitar os EESMO do SUOG do CHBM, EPE para a melhoria do processo de humanização no atendimento às mulheres/casais que vivenciam experiência de perda gestacional.

4.3. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO DAS MULHERES

Associada á gravidez está a expectativa do sucesso da mesma, com o nascimento de um bebé imaginado ao longo da gestação. Porém, nem sempre a gravidez se desenrola como previamente antecipado e, por vezes a mesma é interrompida (Camarneiro et al., 2015).

Tal situação reveste-se de sentimentos negativos de frustração, tristeza, desapontamento, raiva, culpabilização, ambivalência, ansiedade e vergonha (Soubieux, 2009), os quais perdurando no tempo e não sendo reconhecidos atempadamente podem desencadear crises de ansiedade ou perturbações depressivas na mulher, bem como o comprometimento de uma adaptação psicológica saudável numa nova gravidez (Kersting, Kroker, Schlicht & Wagner, 2011).

De acordo com Moulder (1994) o sofrimento dos pais perante a perda da gravidez depende da intensidade e consistência da ligação afetiva que reportam á gravidez, o que não tem relação direta com o tempo gestacional, com os significados atribuídos á gravidez e á maternidade, com a culpabilidade sentida ou com o temor de complicações na futura gravidez.

Após a perda do bebé desejado tem início o processo de luto, que será uma adaptação pessoal á perda, uma experiência profunda e dolorosa, que implica sofrimento, mas também a capacidade de encontrar esperança, conforto e alternativas significativas. É um processo complexo e dinâmico, em que a progressão envolve respostas individuais influenciadas por valores culturais, normas e costumes, do grupo ou sociedade em que a mulher/casal se encontra inserida (Cabral, 2005).

Considerando as necessidades das mulheres/casais que vivenciam uma situação de perda gestacional/morte fetal foi então delineado o seguinte objetivo específico:

- Analisar os sentimentos/vivências das mulheres em situação de perda gestacional, face aos cuidados que lhes foram prestados pela equipa de EESMO.

A pertinência deste objetivo é justificada pela necessidade de conhecer o significado do fenómeno do ponto de vista de quem o está a viver pois, através do conhecimento dessa realidade, espera-se melhorar, efetivamente, a prática profissional em saúde materna e obstetrícia, cuidando da mulher de forma individualizada e ajudando nesta situação de vida tão delicada.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Para dar seguimento aos objetivos, delinearão-se intervenções que pretendam dar resposta aos mesmos para a obtenção de resultados que possibilitem o sucesso do projeto.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Para permitir o sucesso do projeto, foram planeadas atividades de acordo com cada objetivo. Para dar início ao processo, com o objetivo de assegurar boas práticas na assistência á mulher/casal por parte da equipa de EESMO do SUOG, procedeu-se ao pedido formal de autorização para a aplicação do projeto no local a intervir, neste caso ao Conselho de Administração do CHBM, EPE (Apêndice G).

De acordo com o Objetivo Específico I: Analisar sentimentos/vivências da equipa de EESMO perante mulheres/casais em situação de perda gestacional, foram delineadas as seguintes atividades:

- Apresentação da proposta de melhoria á equipa de EESMO do SUOG, com o recurso a uma sessão informativa;
- Aplicação de entrevista á equipa de EESMO do SUOG do CHBM, EPE, de modo a identificar as práticas dos EESMO nos cuidados prestados ás mulheres/casais que vivenciam a experiência de perda gestacional e as necessidades da equipa de EESMO na assistência a esta população.

A divulgação de um projeto perante uma equipa é um passo essencial para a prossecução do projeto. A equipa deve estar informada dos objetivos do projeto e das intervenções a realizar para que se obtenha a sua colaboração.

A aplicação da entrevista aos EESMO é uma intervenção fulcral para a identificação de necessidades de modo a compreender a problemática em estudo.

De acordo com o Objetivo Específico II: Analisar os sentimentos/vivências das mulheres em situação de perda gestacional, face aos cuidados que lhes foram prestados pela equipa de EESMO, foram delineadas as seguintes atividades:

- Apresentação do projeto á equipe de EESMO do SUOG do CHBM, EPE, (Apêndice H) com o recurso a uma sessão informativa, de modo a promover a melhoria da assistência de enfermagem em futuras situações de perda gestacional;

- Realização de entrevista às mulheres que vivenciaram situações de perda gestacional e que receberam assistência por parte da equipa de EESMO do SUOG do CHBM, EPE, de modo a identificar os sentimentos e necessidades manifestadas pelas mulheres entrevistadas face aos cuidados prestados pela equipa de EESMO.
- Mais uma vez, a equipa deve ser informada de todas as fases do projeto para a obtenção da sua colaboração.

A realização de entrevistas às mulheres é, assim como a realização de entrevistas aos EESMO, uma intervenção fulcral para a identificação de necessidades de modo a compreender a problemática em estudo.

De acordo com o Objetivo Específico III: Habilitar os EESMO (s) do SUOG do CHBM, EPE para a melhoria do processo de humanização no atendimento às mulheres/casais que vivenciam experiência de perda gestacional, foram delineadas as seguintes atividades:

- Realização de uma sessão formativa para apresentação dos resultados obtidos;
- Realização de sessões formativas com peritos na área: Morte fetal/Processo de luto e Comunicação de más notícias, de modo a promover momentos de partilhas de ideias e de reflexão em grupo (Apêndice I);
- Elaboração do Procedimento setorial “Cuidados de enfermagem á mulher/casal que vivencia uma situação de Perda Gestacional” (Apêndice J), de modo a capacitar os elementos da equipa de EESMO para lidarem com mulheres/casais que vivenciam a experiência de uma perda gestacional;
- Elaboração de um folheto (Apêndice K) e de um poster (Apêndice L) inerentes á temática em estudo, dirigidos á população em causa;
- Criação de um endereço de correio eletrónico (Apêndice M), dirigido á população em causa, com a finalidade de permitir a partilha de sentimentos, experiências e sugestões por parte das mulheres/casais a um grupo responsável pela manutenção do correio para que as mulheres/casais e profissionais vivenciem a Perda Gestacional de uma forma saudável;
- Reorganização do espaço do SUOG, disponibilizado para o atendimento a estas mulheres e com vista á sua privacidade, no quarto 7 (Apêndice N).

A formação contínua é essencial á prática de Enfermagem. A divulgação de conhecimento científico por peritos numa determinada área de ação da Enfermagem constitui um meio

válido e adequado para formar uma equipa de cuidados. Considera-se importante informar a equipa de EESMO dos resultados obtidos através da aplicação das entrevistas. Estes resultados permitiram identificar necessidades formativas, pelo que se planeou formação com peritos na área, assim como o desenvolvimento de um procedimento para a uniformização da atuação dos EESMO nestas situações e criação de materiais de suporte para a prática de Enfermagem, que respondessem às necessidades identificadas pelas amostras estudadas.

5.2. METODOLOGIAS

As metodologias utilizadas neste projeto foram de diversos tipos. Numa fase inicial, efetuou-se uma revisão sistemática da literatura que incidiu no estudo das vivências de enfermeiros perante a mulher que experiencia a perda gestacional. Esta metodologia permite obter evidência científica atualizada que orienta uma prática. A revisão sistemática da literatura “disponibiliza um recurso das evidências relacionadas com uma estratégia de intervenção específica, mediante a aplicação de métodos explícitos e sistematizados de procura, apreciação crítica e síntese da informação selecionada” (Vilelas, 2009, p. 203). Estudar os sentimentos dos EESMO perante a mulher que experiencia a perda gestacional forneceu bases científicas que permitiram orientar este projeto, para a definição de intervenções que permitam cuidar de forma congruente.

Para identificar os sentimentos de EESMO e mulheres perante a experiência de cuidar ou experiência pessoal sobre a Perda Gestacional, foi construído um guião de entrevista com questões de resposta aberta. A entrevista é um modo de comunicação entre duas pessoas, que permite compreender um fenómeno (Fortin et al., 2009), “para colher os dados nos métodos qualitativos usam-se as técnicas de observação, entrevista em profundidade e entrevista em grupo” (Vilelas, 2009, p. 109). Para o estudo em causa, de carácter qualitativo, a entrevista é, assim, o instrumento de colheita de dados recomendados.

Toda a pesquisa efetuada, tanto originária da revisão sistemática da literatura como de outras pesquisas informais efetuadas, permitiu fundamentar as questões, construindo-se o guião das entrevistas com base nestas evidências. A análise das entrevistas foi realizada através do Software IRaMuTeQ.

Após a aplicação das entrevistas aos EESMO e às mulheres, emergiram as necessidades relativamente á prática dos cuidados em situação de Perda Gestacional. Foram

comunicados os resultados das entrevistas dos EESMO através de formação em serviço (Apêndice O). Os resultados e tratamento de dados resultantes das entrevistas aos EESMO e às mulheres encontram-se descritos no capítulo 3.2. “Cuidados e necessidades específicas da população-alvo”.

Foi elaborado o Procedimento setorial “Cuidados de enfermagem á mulher/casal que vivencia uma situação de Perda Gestacional” (Apêndice J). O procedimento setorial foi entregue ao Gabinete de Qualidade do CHBM, EPE, aguardando-se autorização para a sua implementação. Após esta autorização, será efetuada formação aos EESMO do SUOG, Serviço de Obstetrícia, Ginecologia e Consulta de Obstetrícia para sua implementação de acordo com as diretrizes do gabinete da qualidade. A elaboração de materiais de suporte para a prática da enfermagem é importante na medida em que apoia a intervenção através da componente visual.

Elaborou-se um cartaz denominado “Perda Gestacional” (Apêndice L), com o objetivo de criar um ambiente adequado á vivência saudável da perda através da expressão visual. Elaborou-se também um folheto denominado “Perda Gestacional” (Apêndice K), com o objetivo de fornecer informação às mulheres/casais que vivenciaram uma situação de Perda Gestacional e criar um ambiente adequado á vivência saudável da perda através da expressão visual. Tanto o cartaz como o folheto foram entregues ao Gabinete de Qualidade do CHBM, aguardando-se autorização para a sua utilização.

Procedeu-se á criação de um endereço de correio eletrónico (Apêndice M), dirigido á população em causa, para a partilha de sentimentos e experiências por parte de mulheres e profissionais. Este endereço de correio eletrónico será acedido pelo grupo de intervenção na Perda Gestacional (constituído por EESMO, Médica Obstetra e Psicóloga com formação na área) que poderá informar, aconselhar e encaminhar conforme a necessidade identificada. Há evidência que os enfermeiros sentem dificuldade em lidar com os sentimentos e necessidade de os esconder, apenas os revelando na esfera privada (Jones & Smythe, 2015). Este endereço de correio eletrónico destina-se, assim, não só a mulheres como a profissionais, podendo constituir um recurso para enfermeiros que tenham dificuldade em partilhar e expressar publicamente os seus sentimentos.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

As estratégias utilizadas neste percurso académico/profissional passaram pela pesquisa científica de evidências com o objetivo de orientar a prática clínica pelas mesmas (através

de revisão sistemática da literatura) e pela partilha de conhecimento entre os pares (através da exposição do projeto).

Considera-se imprescindível, na prática de uma Ciência, que a mesma seja orientada pela evidência científica atualizada. Uma Ciência está em constante mutação e deve cumprir critérios rigorosos de investigação. A divulgação do conhecimento entre os pares é função de um investigador, de modo a que as práticas sejam desenvolvidas com vista a obter os melhores resultados possíveis para o objeto de estudo.

Como foi referido anteriormente, todas as intervenções delineadas procuraram conhecer as necessidades das amostras em estudo para a compreensão do problema; informar os EESMO de todos os passos do projeto; informar os EESMO acerca dos resultados obtidos; estabelecer intervenções baseadas nos resultados obtidos e na pesquisa de evidência científica para uniformizar e auxiliar a prática dos EESMO. Todas estas intervenções procuraram melhorar a qualidade no atendimento às mulheres/casais em situação de Perda Gestacional.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Neste projeto, utilizaram-se os seguintes recursos:

- Materiais – gravador de entrevistas, computador, papel e tinteiros para impressão de folhetos, poster, acesso á internet, tipografia, projetor e espaços físicos para formação;
- Humanos – mulheres, EESMO, peritos (formação) e responsáveis pelos departamentos da instituição.

5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Numa primeira fase foi entregue o pedido para execução do projeto á Comissão de Ética da Universidade de Évora (Apêndice P). Após esta autorização, foram desencadeadas outras diligências, nomeadamente: Submissão do pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do CHBM, EPE para implementação do projeto no serviço (Apêndice F), assim como, o pedido á comissão de ética/Conselho de Administração da mesma Instituição, para a realização de entrevistas (Apêndice G).

Numa fase inicial, houve necessidade de contactar mulheres que vivenciaram experiências de Perda Gestacional e de EESMO que prestassem habitualmente cuidados a esta população, para poder colher dados através da aplicação de entrevistas, de modo a fazer o levantamento das necessidades neste âmbito. Após esta identificação, foram contactados peritos na área, para garantir formação que desse resposta às necessidades dos EESMO identificadas através das entrevistas realizadas. Estes peritos pertencem ao corpo docente da Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha Portuguesa.

Também os responsáveis pelos departamentos do CHBM,EPE nas áreas da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Comunicação e Sistemas de Informação – Informáticos tiveram um papel fundamental na formalização dos procedimentos a desenvolver durante o projeto.

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Devido á existência de protocolos interinstitucionais entre escolas e hospital, a formação por peritos não teve custos para a instituição.

Contemplam-se custos materiais e humanos, assegurados pela mestranda, referentes a deslocações em transporte próprio (escola), impressão de materiais de suporte e á aplicação de entrevistas e tratamento de dados, assim como a formações ministradas pela mestranda.

Estima-se um custo total de cerca de 500 euros.

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Não foram cumpridas as datas do cronograma inicialmente estabelecidas por imprevistos de ordem pessoal e externa, tendo no entanto sido cumpridas as atividades no intervalo total de tempo previsto.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ações	MÊS							
	Fevereiro	Março	Abril	Maiο	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Realização de Reuniões								
Elaboração do Projeto								
Preparação dos instrumentos de Colheita de Dados								
Diagnóstico da Problemática								
Realização das Atividades Planeadas								
Elaboração do Relatório Final								
Pesquisa Bibliográfica								

Figura 14 - Cronograma de Atividades

Fonte: Próprio

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

De seguida, apresenta-se a avaliação dos objetivos traçados, implementação do programa e medidas corretivas efetuadas.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Os objetivos anteriormente delineados foram atingidos. Algumas atividades estão agendadas e outras a decorrer, considerando-se que, futuramente, após parecer positivo, permitirão o pleno atingir do objetivo geral proposto.

Segue-se a descrição da avaliação das atividades que determinaram a consecução dos objetivos.

De acordo com o Objetivo Específico I “Analisar sentimentos/vivências da equipa de EESMO perante mulheres/casais em situação de perda gestacional”, a atividade referente á apresentação da proposta de melhoria á equipa de EESMO do SUOG, que teve lugar no dia 11 de abril de 2016, com o recurso a uma sessão informativa, foi atingido na sua globalidade. Nesta sessão, compareceram 20 enfermeiros. Quanto á satisfação sobre a atividade, verificou-se, através do preenchimento do inquérito de avaliação utilizado nas formações realizadas no CHBM, classificado numa escala de satisfação de 1 a 5 (em que 1 é muito insatisfeito e 5 muito satisfeito), que os formandos classificaram com 5.

Neste mesmo objetivo, a atividade referente á aplicação da entrevista, que teve lugar nos meses de maio, junho e julho de 2016, á equipa de EESMO do SUOG do CHBM, EPE, emergiu, através do tratamento dos dados, que os EESMO não se sentem preparados para lidar com a Perda Gestacional, quer pela preparação académica como pela dificuldade em lidar com as perdas, manifestando necessidade de formação na área da Comunicação de más notícias. Os EESMO vivenciam a Perda Gestacional de uma forma angustiante, o que perturba a prática de cuidados junto das mulheres/casais, sendo necessária a partilha de experiências entre os pares para promover a capacitação para o cuidar.

De acordo com o Objetivo específico II “Analisar os sentimentos/vivências das mulheres em situação de perda gestacional, face aos cuidados que lhes foram prestados pela equipa de EESMO”, foram efetuadas entrevistas às mulheres que vivenciaram situações de perda gestacional e que receberam assistência por parte da equipa de EESMO do SUOG do

CHBM, EPE nos meses de junho a julho de 2016. Nestas entrevistas, emergiu, através do tratamento dos dados que, apesar de a experiência ser muito traumática para as mulheres/casais, a maioria referiu que os cuidados não são uniformes por parte dos enfermeiros, embora sentissem respeito, carinho, empatia e apoio por parte dos cuidados prestados pelos EESMO e Assistentes Operacionais. As mulheres referem que sentem que o ambiente não é adequado. Acrescentam que os EESMO se sentem tristes com a situação e que devem ter mais formação. Consideram que os Médicos tiveram uma atitude fria. As mulheres relataram sentimentos como desilusão e referem falta de apoio após a alta. Mulheres com perdas gestacionais precoces referiram sentir mais frequentemente esta falta de apoio após a alta assim como identificaram necessidade de apoio psicológico (sugerem mais formação para os EESMO e inclusão de um psicólogo na equipa multidisciplinar).

De acordo com o Objetivo específico III “Habilitar os EESMO do SUOG do CHBM, EPE para a melhoria do processo de humanização no atendimento às mulheres/casais que vivenciam experiência de perda gestacional”, a atividade referente à apresentação dos resultados das entrevistas à equipe de EESMO do SUOG do CHBM, EPE, teve lugar no período de 16 de agosto a 5 de setembro de 2016, com recurso às sessões informativas nas passagens de turno (devido a encontrarem-se elementos de férias). Estas sessões abrangeram 16 enfermeiros. Quanto à satisfação sobre a atividade, verificou-se, através do preenchimento do inquérito de avaliação, classificado numa escala de satisfação de 1 a 5 (em que 1 é muito insatisfeito e 5 muito satisfeito), que os formandos classificaram com 5.

Neste mesmo objetivo, quanto à atividade referente à realização de sessões formativas com peritos na área, foi realizado um *workshop* “Comunicação de más notícias”, o seu objetivo foi totalmente atingido, nesta sessão, compareceram 9 enfermeiros. Está planeado o segundo *workshop*, que se encontra por agendar, de acordo com a disponibilidade do perito. Quanto à satisfação sobre a atividade, verificou-se, através do preenchimento do inquérito de avaliação, classificado numa escala de satisfação de 1 a 5 (em que 1 é muito insatisfeito e 5 muito satisfeito), que os formandos classificaram com 5.

Quanto à atividade referente à realização de sessões formativas com peritos na área “Morte fetal/Processo de luto”, por questões de indisponibilidade do formador, encontra-se reagendada para outubro/novembro.

Ainda neste objetivo, a atividade referente á elaboração do Procedimento Setorial “Cuidados de enfermagem á mulher/casal que vivencia uma situação de Perda Gestacional” (Apêndice J), encontra-se parcialmente atingido, aguardando-se apenas a aprovação pelo Gabinete de Qualidade para ser normalizado.

A atividade referente á elaboração de um folheto para disponibilizar ás mulheres de forma a proporcionar informação útil sobre mecanismos e grupos de apoio dos quais pode dispor, assim como, também constituir como contributo para a criação de memórias do seu “bebé perdido” (Apêndice K) e de um poster (Apêndice L). Esta atividade considera-se totalmente atingida.

A atividade referente á criação de um endereço de correio eletrónico (Apêndice M), dirigido á população em causa, encontra-se parcialmente atingida na medida em que aguarda concretização por parte dos Sistemas de Informação – Informáticos. A atividade referente á reorganização do espaço físico do boxe 7 (Apêndice N) encontra-se totalmente conseguida, na medida em que foi estabelecida a disposição do quarto, removendo os equipamentos relativos á vigilância fetal e aos cuidados ao RN (remoção de cardiocógrafa e de reanimador de RN). Optou-se por colocar, aquando da admissão de uma mulher em situação de perda gestacional, o poster referente á temática (Apêndice L).

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Tem-se observado partilha de experiências entre a equipa de EESMO em momentos informais (passagem de turno e reuniões de serviço). As pessoas demonstram abertura e motivação para o cumprimento do procedimento criado, verbalizando disponibilidade para implementação de mudanças.

Constata-se através da observação direta dos cuidados, mudanças significativas na forma como os EESMO abordam estas mães/casais, primando pela privacidade, adaptando o espaço físico para que as mulheres ocupem o quarto 7 sempre que possível em vez do quarto 1, de forma a isolar o ambiente de ruídos provenientes dos quartos onde decorrem partos, e da zona de admissão onde recorrem as utentes quer para avaliação do bem-estar fetal quer para outras intervenções.

Algumas atividades estão dependentes da autorização do Gabinete de Qualidade e Sistemas de Informação – Informáticos, pelo que não se consegue efetuar a sua avaliação, prevendo-se que se consiga efetuar a curto prazo. A metodologia de projeto não é estática,

prevendo-se a possibilidade, a qualquer momento, da existência de modificações que beneficiem o projeto delineado (Anexo P).

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Um projeto é construído no dia-a-dia. Ao longo deste projeto, emergiram necessidades que não estavam inicialmente previstas, como a criação de um endereço de correio eletrónico dirigido a mulheres e profissionais que facilitasse a expressão de sentimentos e situações, assim como a articulação com a Consulta de Luto a nível institucional.

Outras alterações prenderam-se com a seleção da amostra com o apoio da Professora Doutora Otília Zangão para a consecução dos objetivos propostos (inicialmente planeava-se apenas investigar as vivências dos EESMO e não das mulheres, tendo sido este critério posteriormente alterado), sendo uma mais-valia pelo facto de podermos intervir não só na perspetiva das necessidades dos EESMO mas também na perspetiva da mulher.

Todas estas alterações foram efetuadas em reuniões presenciais na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, no CHBM, EPE, através de contato telefónico e/ou por correio eletrónico. O início deste processo resultou da autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus (Apêndice Q).

Da observação, pude constatar que os EESMO referem sentir-se mais sensibilizados e capacitados para o cuidado a mulheres/casais que vivenciam experiências de perda gestacional.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

A formação avançada do mestrado permite o desenvolvimento de competências de pesquisa científica e posterior aplicação na prática diária de cuidados. A prática segundo a evidência é a pedra basilar para qualquer ciência.

Todo o processo desenvolvido através do projeto permitiu a aquisição de competências de investigação, não só através da pesquisa em fontes científicas como também através da condução de um estudo exploratório de carácter qualitativo. A revisão de literatura efetuada ao longo de todo o processo permitiu fundamentar todas as etapas e dar visibilidade aos resultados obtidos no estudo conduzido.

Adquiriram-se competências relativas ao tratamento de dados qualitativos através da utilização de programas informáticos não utilizados anteriormente. O facto de realizar o estudo, divulgar os dados, efetuar formação aos pares sobre a temática e efetuar a discussão pública do relatório permite produzir conhecimento científico que pode guiar a prática e melhorar o atendimento aos casais que recorrem ao SUOG do CHBM, EPE.

A uniformização das práticas através da criação do procedimento de atuação constituiu uma competência adquirida de gestão de cuidados/formação. Este procedimento permite guiar os EESMO na sua prática diária de cuidados, na medida em que têm normalizados princípios de boas práticas no atendimento às mulheres que vivenciam a perda gestacional.

Koch (2014), refere, como princípios de boas práticas no cuidado á mulher/casal que vivencia a perda involuntária na gravidez, que: os cuidados devem ser dirigidos a cada casal; deve haver preocupação com o ambiente em que é transmitida a notícia e no qual a mulher/casal recebem os cuidados; deve haver acompanhamento durante a transmissão da notícia; a relação estabelecida entre o cuidador e a mulher/casal deve basear-se na empatia; devem-se respeitar as crenças e cultura da mulher/casal; devem evitar-se juízos de valor, devendo a comunicação ser eficaz e adaptada á pessoa; deve ser tido em conta o sofrimento do companheiro; deve-se privilegiar a participação da mulher/casal nas decisões; deve-se prestar apoio emocional e cuidados de qualidade; deve-se dar atenção á monitorização do luto e bem-estar (a autora sugere a utilização de instrumentos de avaliação); deve-se dar atenção á formação dos enfermeiros que cuidam destas mulheres/casais.

Assim, a área de intervenção do EESMO não se circunscreve, de modo algum, às questões do foro biomédico. A intervenção do EESMO na perda gestacional é holística, privilegiando a inserção familiar e social da mulher, dando especial atenção às questões do foro psicológico. As questões do foro psicológico são competências específicas do EESMO, como descritas pela Ordem dos Enfermeiros nos pontos “H2.3.8. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções de apoio á mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de abortamento” e “H4.3.1. Concebe, planeia, implementa e avalia medidas de suporte emocional e psicológico á puérpera, incluindo conviventes significativos”. No entanto, ao afirmar isto, considero também imprescindível o cuidado físico, como refere Koch (2014) e como é contemplado nas competências descritas pela OE (2010) nos pontos “H2.2.10. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto”, “H2.2.11. Identifica complicações pós-aborto, referenciando as situações que estão para além da sua área de atuação” e “H2.3.7. Concebe, planeia, implementa e avalia intervenções á mulher com complicações pós-aborto”.

A identificação e diagnóstico de situações de luto patológico é imprescindível para potenciar a saúde máxima da mulher. O projeto realizado pretendeu dar ênfase a esta necessidade, projetando-se a utilização de um instrumento de diagnóstico de luto patológico para o encaminhamento destas mulheres, que permita facultar esta competência de diagnóstico aos EESMO cuidadores.

Outras competências, já adquiridas antes de iniciar o processo de formação avançada, constituíram um fator facilitador no projeto, como por exemplo a experiência anterior profissional no cuidado a mulheres/casais que vivenciam a perda gestacional. Ser EESMO há 18 anos permitiu a prestação de cuidados em inúmeras situações, nas quais foi privilegiada a sensibilidade, respeito pela autonomia e privacidade da pessoa e individualização dos cuidados prestados. A experiência anterior é encarada como um fator facilitador neste tipo de prestação de cuidados (Kovács, 1996). Considera-se que outro fator facilitador para o processo formativo foi a sensibilidade pessoal para a problemática em estudo, e também não menos importantes, as vivências pessoais de experiências anteriores com a morte, permitindo-me compreender melhor a dor da perda. Apesar de considerar que ninguém está preparado para a eventualidade da morte, muito menos a prematura, considero-me neste momento mais forte e mais capacitada para enfrentar situações futuras de perda, pelas competências adquiridas, no decurso do

projeto, podendo dar o meu contributo às mulheres/casais/famílias na vivência da perda e na reorganização do luto.

8. CONCLUSÃO

A problemática da perda gestacional foi o foco deste estudo. Nem sempre a gravidez culmina num “final feliz”, impossibilitando a mulher de vivenciar o sonho tão desejado da maternidade. Ter que se confrontar com a perda inesperada de um filho é uma experiência avassaladora. Muitas destas perdas surgem num contexto de uma gravidez sem intercorrências, e sem qualquer sinal de alerta. Cabral (2005) diz-nos que a morte inesperada é a mais traumatizante oferecendo obstáculos sérios na elaboração do luto. São ainda muitos os pais que, diariamente, perdem prematura e inesperadamente os seus filhos. Apesar do reconhecimento desta problemática, quer a sociedade em geral quer os profissionais de saúde, não estão verdadeiramente conscientes das implicações e do significado que estas perdas geram em quem as sofre. Como cuidar destes pais enlutados, como trazê-los de volta á vida sem os deixar afundar num mar revolto de dor, angústia, tristeza desespero e culpa? São fenómenos que sempre quis abraçar e compreender melhor.

Através da realização do estudo, foi possível compreender melhor a problemática da perda gestacional, o que esta envolve, como ajudar estes pais enlutados a ultrapassar o luto e a acreditarem que é possível conceber e dar á luz uma criança saudável, como cuidam os enfermeiros destes pais, e como vivenciam também eles esta experiência complexa. O estudo serviu de apoio ao projeto delineado, que pretendeu fornecer competências aos EESMO cuidadores de mulheres/casais que vivenciam a perda gestacional. O estudo qualitativo realizado, com recurso a entrevistas, às mulheres que vivenciaram a experiencia da perda gestacional e aos profissionais como cuidadores dessas mães, permitiu responder ao objetivo de conhecer/compreender quais as vivências das mulheres perante a perda gestacional e dos profissionais que dessas mães cuidaram, para assim delinear intervenções para dar resposta aos objetivos propostos de forma a concretizá-los em pleno. Através da informação que emergiu ao concluir o estudo, permite-me concluir que os objetivos propostos foram atingidos.

Do que emergiu das entrevistas realizadas às mulheres que vivenciaram perda gestacional, estas consideram, que, é uma experiência muito dolorosa, carregada de sentimentos difíceis de descrever, onde a tristeza, revolta, desespero, desilusão tomaram conta delas, é uma experiência que não se esquece, é o desfazer de um sonho - o projeto da maternidade abruptamente interrompido, como se tudo acabasse. A confirmação da notícia da perda foi dada á grande maioria das mulheres em consultas de rotina da

vigilância da gravidez, ou no SUOG num contexto médico, formal. As mulheres referiram que a comunicação da má notícia foi dada de forma fria e pouco humana por parte da equipa médica, não contemplando a privacidade, a empatia e compaixão, tão importantes no momento, contribuindo para aumentar a dor e revolta sentidas. Revelando mesmo que estes acontecimentos, por vezes, foram tratados mais como uma rotina, um diagnóstico médico, não se verificando sequer o cuidado necessário para que estas mães se restabeleçam do choque num local mais privado, que não o de uma sala de observações, sem que a presença de uma pessoa significativa estivesse presente para dar apoio. Foi ainda mencionada a desvalorização por parte dos médicos, da perda, em situações de idade gestacional precoces, considerando-a mais como um problema obstétrico e não a perda do “seu bebé”. Apesar destes aspetos negativos, que evidenciaram sobre a forma como foram cuidadas, as mulheres mostraram-se satisfeitas com os cuidados proporcionados pelos EESMO. Referem que assentam numa componente relacional, mais direcionados para a vertente emocional do que técnica, dos quais destacaram o apoio, disponibilidade, carinho, acompanhamento, respeito, empatia, compaixão, embora refiram não uniformidade nos cuidados prestados por parte da equipa de EESMO. Referem também que percecionam dificuldade, por parte dos enfermeiros, na forma como se dirigem, notando um certo receio acerca do que dizer, do que fazer para as reconfortar. Destacam também a falta de informação e preparação para a alta, referem que há uma lacuna que fica com a perda e que é preciso preencher, sendo-lhes difícil fazê-lo sem o apoio de técnicos, nomeadamente os psicólogos. Observa-se, assim, que é menosprezada e mal conduzida a preparação para a alta, devendo esta, ser preparada pelos profissionais, nomeadamente pelos enfermeiros de acordo com as necessidades de cada mulher, e protocolos (os quais não existem).

O espaço físico não é o adequado para vivenciarem esta experiência pelo facto de partilharem o mesmo espaço com mães que “dão á luz filhos vivos”, sendo referenciado que o choro dos bebés contribui para acentuar a dor de não poder ouvir o “choro do seu bebé que nunca chorará,” no entanto, salientam a sensibilidade dos enfermeiros aquando da transferência para o internamento, preocupando-se que não permaneçam junto de puérperas e dos seus bebés, sendo transferidas para o Serviço de Ginecologia. Durante o trabalho de parto/abortamento referem que o apoio dos EESMO no conforto e controle da dor física foi fundamental, quer com aplicação de técnicas farmacológicas, e não farmacológicas, nomeadamente massagem.

Outro aspeto positivo referido nas entrevistas, durante o trabalho de parto/abortamento, foi a criação de um ambiente de proximidade, permitindo a presença do marido e de outros conviventes familiares nomeadamente a mãe e amigos, proporcionando-lhes segurança, conforto e apoio tão necessários na vivência deste acontecimento, num local completamente desconhecido e intimidante quanto o são as Instituições de Saúde. Foi igualmente benéfico ter-lhes sido proporcionado pelo enfermeiro a possibilidade de verem e ficarem por momentos com o bebé, como se quisessem marcar o momento, como se por minutos perpetuassem a imagem do “seu bebé”. Também há referência á certeza de que o tempo é a melhor forma, o melhor remédio para aceitar o acontecimento que jamais será esquecido.

Referente ao que emergiu da análise das entrevistas das enfermeiras, salienta-se que: consideram a perda gestacional uma experiência dolorosa para os pais e para elas próprias, sendo-lhes difícil gerir os sentimentos de frustração, tristeza, angústia e impotência perante situações de perda. Dificultando a abordagem a estas mães aquando da prestação dos cuidados nomeadamente na realização do parto, chegando a questionar-se o que fazer no meio de tanta dor, tristeza, choque, desilusão e até culpa percecionada nos pais; sentem dificuldade em cuidar destas mães não só pelo sofrimento que acarreta, mas também por défice de conhecimentos sobre as temáticas do luto e comunicação de más notícias. Sentem dificuldade como estabelecer relação com as mães, com receio de não ter a atitude mais adequada, e magoá-las mais do que as ajudar. A experiência profissional na área e nomeadamente em situações de perdas assim como as características pessoais são referidas como preciosas e determinantes na prestação de cuidados a estas mães. Evidenciam necessidade de formação na área da comunicação de más notícias e luto. Em relação ao ambiente físico, consideram-no desadequado pelo facto do espaço ter pouca insonorização e não ser facilitador de um ambiente acolhedor e sem gritos e gemidos das parturientes, assim como do choro dos outros bebés. Sentem necessidade de partilhar os sentimentos, anseios e dúvidas com os pares de forma privada como forma de alívio da carga emocional que acarreta cuidar destes pais em sofrimento. Referem também necessidade de validar, com os pares, da qualidade do seu desempenho. Após a análise dos resultados encontrados, considero que os objetivos relacionados com a intervenção foram atingidos na totalidade, pelo facto de ter conseguido identificar as vivências de mulheres e profissionais que experienciam a perda gestacional.

Em suma, penso que este estudo ajudou a conhecer as vivências das mulheres que experienciaram situações de perda gestacional, dando uma perspetiva do que foi e como

gostariam que tivessem sido os cuidados que lhe dispensaram. Foi igualmente possível compreender o significado, as emoções, reações e ações que os EESMO experienciaram ao cuidarem destas mulheres /casais; foram ainda, identificadas necessidades de formação na área da comunicação das más notícias e luto por parte dos profissionais, e alguns constrangimentos vivenciados ao cuidarem da mulher/casal.

Esta realidade, levou-me a pensar quão importante e necessário é intervir de forma a assegurar cuidados de qualidade a estas mães/casais perante a vivência da perda gestacional. Com este propósito, foram desenvolvidas atividades de formação na área da comunicação de más notícias, e está agendada (outubro/novembro) uma formação sobre luto; foi elaborado material de suporte (procedimento setorial, folheto, poster e criação de endereço de correio eletrónico); foi criado um grupo de consultores de luto do qual fazem parte EESMO, médica obstetra e psicóloga; estão delineadas estratégias para assegurar privacidade e conforto a estas mães durante a permanência na instituição com a adaptação realizada na unidade onde estas mães são acolhidas.

Refletindo sobre o percurso do estudo, muito há que analisar: o começo foi facilitado, pelo facto do projeto ter lugar na instituição onde desempenho funções e todos os intervenientes no processo terem acarinhado esta ideia, desde a Sr^a Enfermeira Diretora, Sr^a Enfermeira Supervisora, Diretora Clínica, Conselho de Administração assim como toda a equipa de EESMO, o que facilitou todas as diligências burocráticas que este tipo de projetos envolvem. Uma das primeiras dificuldades foi a obtenção da amostra das mulheres, havendo dificuldade em recrutar as mulheres pelo facto de se tratar de uma experiência dolorosa, tendo-se optado por recorrer a mulheres que já tivessem experienciado a situação há mais tempo e não a optar por constituir uma amostra de mulheres que viessem a recorrer ao SUOG durante o período do projeto, correndo o risco de não se verificarem situações no período temporal estabelecido para a recolha dos dados. Para o processo de recrutamento da amostra recorreu-se ao contacto telefónico e presencial. O contacto com estas mulheres supunha-se muito difícil, pela carga emocional no reviver da perda, Contudo, foi muito enriquecedor pelo facto de podermos partilhar vivências, pela oportunidade que me foi dada em transmitir apoio e disponibilidade e, ainda pelo apreço e reconhecimento demonstrados. Outra dificuldade prende-se com a pouca experiência na realização da investigação e nos domínios da informática, mas que considero ultrapassada pelo apoio da professora e das colegas que se disponibilizaram em ajudar-me.

Estou convicta de que esta intervenção contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, sobretudo pela partilha de experiências, considerando-a potenciadora de enriquecimento para uma prática, baseada nos fatores terapêuticos da *Caring Theory* (conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a esperança) sendo possível fortalecer e consolidar uma prática de enfermagem em que se valorizem as transações dinâmicas de humano para humano, com tudo o que elas comportam, mas também os conhecimentos científicos, a dedicação, os valores humanos, o compromisso pessoal, social e moral dos enfermeiros, que caracterizam o cuidar de excelência (Koch, 2014).

Pretendo, dar continuidade a este projeto com algumas propostas/sugestões futuras:

- Alargar o projeto á Consulta de Obstetrícia (Vigilância da gravidez de alto risco) pelas características das mulheres que a ela recorrem com vivências de perda recorrentes (estudo de avaliação do luto através da avaliação do Bem-estar, pela escala BQW), tendo sido feito o pedido á autora para aplicação da mesma. (Anexo R).
- Incluir o apoio psicológico/emocional no apoio á equipa de saúde com práticas alternativas (Projeto de Reiki do serviço, entre outros);
- Participar em eventos que promovam a partilha de achados científicos conseguidos neste projeto;
- Através da discussão pública do trabalho, promover a inclusão da problemática junto das formadoras das Universidades, nos conteúdos programáticos nos cursos, quer da Licenciatura, quer da Especialização, dotando os enfermeiros e EESMO de competências profissionais adequadas para melhorar a pratica profissional em obstetrícia cuidando da mulher de forma individualizada ajudando as mães/casais/famílias perante a vivência da perda gestacional.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abboud, L., & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and there partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 3-18. Acedido em 17/07/2016. doi:10.1080/02646830512331330974.
- Adolfsson, A., Larsson, P. G., & Wijma, B., & Bertero, C. (2004). Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care Women*, 25(6), 543-560. Acedido em 24/06/2016. doi:10.1080/07399330490444821.
- Almeida, A. M. & Silva, I. M. R. (2004). Reflectindo sobre a comunicação com o doente oncológico. *Nursing*, (193), 20-21. Acedido em 23/09/2016, disponível em: http://cms.piso5.net/index.php?option=com_content&task=view&id=27.
- American Psychological Association. (2012). Regras essenciais de estilo da APA/American Psychological Association (6. ed.). (D. Bueno, Trad.). Porto Alegre: Penso Editora, Lda. (Obra original publicada em 2010).
- Amirali, K. & Dias A. C. (2010). O Nascimento de Uma Vida Acabada – Experiências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 24, 24-29. Acedido em 11/05/2016, disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/389?mode=full>.
- Ampese, D. Perosa, G. & Hass, R. (2007). A Influência da Atuação de Enfermagem aos pais que vivenciam a Morte do Feto Viável. *Bioethikos*, 1(2), 70-77. Acedido em 12/02/2016, disponível em http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/57/A_influencia_da_atuacao_da_enfermagem.pdf.
- Antunes, M. S. do. C., & Patrocínio C. (2007). A malformação do bebê. Vivências psicológicas do Casal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(2), 239-252. Acedido em 10/02/2016, disponível em: www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v8n2/v8n2a07.pdf.
- Barr, P., & Cacciatore, J. (2008). Problematic emotions and maternal grief. *Omega-Journal of Death and Dying*, 56(4), 331-348. Acedido em 22/08/2016, disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18435325>.
- Bartilotti M. R. M. B. (1998). Obstetrícia e Ginecologia: Urgências Psicológicas. In Angerami-Camon (org), V. A. *Urgências psicológicas no Hospital*. São Paulo: Pioneira.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Boss, P. (2002). *Family Stress Management – A Contextual Approach*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Braga, C. G. (1997). Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. *Rev. Esc. Enf. USP*, 31(3), 498-516. Acedido em 14-05-2016, disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/34989/37727>.
- 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. Acedido em 02/05/2016, disponível em: http://journals.lww.com/jpnnjournal/Fulltext/2006/07000/Perinatal_Loss__A_Family_Perspective.9.aspx.
- Camargo, B.V. (2005). Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno, S. M. Nóbrega (Org.), *Perspetivas Teórico-metodológicas em representações sociais*, (pp. 511-539). Brasil: Editora Universitária - UFPB. Acedido em 10/04/2016, disponível em http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005_alc.pdf.
- Camarneiro, A. P. F., Maciel, J. C. S. C., & Silveira, R. M. G. da. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, 5, abr./mai./jun. Acedido em 03/09/2016, disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14064>.
- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, A. (2002). Aconselhamento no luto. *Sinais Vitais*, (41), 29-32. Acedido em 15/04/2016, disponível em: http://193.137.135.181/Opac/Pages/Search/Results.aspx?Database=10037_GERAL&SearchText=AUT=%22Cardoso,%20Alexandrina%22.
- Carvalho, C., Silva, I., Nunes, L., Ascenso, M. & Paz, S. (2010). Luto por morte perinatal. In A. Fernandes et al. (org), *Emoções Em Saúde: contributos* (pp. 169-182). Corrente Dinâmica. Acedido em 09/05/2016, disponível em: <http://www.correntedinamica.com/pubfatout.pdf>.
- 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. Acedido em 28/06/2016, disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bolpsi/v57n126/v57n126a04.pdf>.
- Clauss, D. K. (2009). *Psychological distress following miscarriage and stillbirth: an examination of grief, depression and anxiety in relation to gestational length, women's attributions, perception of care and provision of information*. Dissertação de Doutorado. Drexel University, Philadelphia. United States of America. Acedido em 29/08/2016, disponível em: <https://idea.library.drexel.edu/islandora/object/idea%3A3070>.
- Corbet-Owen, C., & Kruger, L-M. (2001). The health system and emotional care: Validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems & Health*, 19(4), 411-427. Acedido em 14/06/2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0089469>.
- Corbett, R.W. (2008). Perda e Luto Perinatal In D. Lowdermilk & S. Perry (eds.), Ekelin, M., Crang-Svalenius, E., Nordström, B., & Dykes, A.K. (2008). Parents' experiences, reactions and needs regarding a nonviable fetus diagnosed at a second trimester routine ultrasound. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 446-454. Acedido em 11/05/2016. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00258.x
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Brandley, S., Jackson, S., Flenad., ... & Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parents' and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 16. Acedido em 13/08/016. doi: 10.1186/s12884-016-0806-2.
- Enfermagem na Maternidade* (7. ed., pp 245-303). Loures: Lusodidata.
- Fonseca, S. C., & Coutinho, E. S. F. (2008). Características biológicas e evitabilidade de óbitos perinatais em uma localidade do Rio de Janeiro: 1999 a 2003. *Revista Brasileira Saúde Materno Infantil*, 8, 171-8. Acedido em 09/03/2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000200004>.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Freitas, N. K. (2000). *Luto Materno e Psicoterapia Breve*. São Paulo: Summus.
- Freud, S. (1915). *Instincts and their Vicissitudes*. Collected Papers. NewYork: Basic Books.

- Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L. & Garcia, J. (2007). The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health & Illness*, 29(7), 1003-1022. doi: 10.1111/j.1467- 9566.2007.01019.x.
- 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. Acedido em 10/05/2016. 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. Acedido em 15/06/2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S013-21002006000400016>.
- Giron, P. J. (2008). Reação de mães frente á perda de um filho em idade anterior á fase reprodutiva. Acedido em 25/08/2016, disponível em <http://www.redepsi.com.br/2008/05/15/rea-o-de-m-es-frente-perda-de-um-filho-em-idade-anterior-fase-reprodutiva/>.
- Gomes, A.D., Costa, S. I. F., Pinto, C. M. S. L. & Martins, C.M.C.A. (2003). Cuidados á mulher e família no luto por morte fetal ou neonatal. *Informar*, 31(9), 48-55.
- Haddad, D. R.S. (2010). Silêncio: assistência de enfermagem á mulher que perdeu o bebê. *Escola de Enfermagem – UFMG*. Belo Horizonte. Acedido em 05/05/2016 Disponível em: http://www.redesindical.com.br/abenfo/viicobeon_icieon/files/0499.pdf.
- Haezcell, A. E., Leisher, S., Cregan, M., Flenady, V., Froen, J. F., Gravensteen, I. K., ... & Erwich, J. J. (2012). Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: report of the 7th annual meeting of the International Stillbirth Alliance. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 352-361. doi: 10.1111/aogs.12042.
- Harvey, J., Moyle, W. & Creedy, D. (2001). Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19(1), 8-14. Acedido em 23/04/2016, disponível em: <http://www.ajan.com.au/vol19/vol19-1-1.pdf>.
- Henley, A., & Schott. J. (2008). The death of a baby before, during or shortly after birth: good practice from the parents' perspective. *Semin Fetal Neonatal Med.*, 13(5), 325-328. Acedido em 15/07/2016. doi: 10.1016/j.siny.2008.03.003.

- Hill, J., White, S., Hutti, M. H., Polivka, B., Clark, P. R., Cooke, C., ... & Clemens, S. (2014). The Meaning, Experiences, and Behaviors of Nurses Caring for Women With a Perinatal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(Supl. 1), 68-80. doi: 10.1111/1552-6909.12456.
- Hill, P. D., DeBackere, K. J., & Kavanaugh, K. L. (2008). The parental experience of pregnancy after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(5) 525-237. doi: 10.1111/j.1552-6909.2008.00275. x.
- Hutchinson, S., & Wilson, H. (2007). Entrevistas de investigação e terapêuticas – uma perspectiva pós-estruturalista. In J. Morse (Coord.). *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Hutti, M. (2015). A Comparison of the Caring Processes Used By Obstetric, Surgical, and Emergency Nurses When Caring for the Woman with a Fetal Loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(Supl.1), S69. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12643>.
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Indicadores demográficos de Portugal. Acedido em 07/09/2016, disponível em: <http://www.ine.pt/xportal>.
- Jansson, C., & Adolfsson, A. (2011). Application of Swanson's Middle Range Caring Theory in Sweden after Miscarriage. *International Journal of Clinical Medicine*, 2, 102-109. doi:10.4236/ijcm.2011.22021.
- Joanna Briggs Institute (2011). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. University of Adelaide. 200 p.
- Jones, K., & Symthe, L. (2015). The impact on midwives of their first stillbirth. *New Zealand College of Midwives Journal*, (51), 17-22. Acedido em 13/04/2016, disponível em: <https://www.midwife.org.nz/pdf/Journal/Jnl%2051%20article%203.pdf>.
- Kavanaugh, K., Savage, T., Kilpatrick, S., Kimura, R., & Hershberger, P. (2005). Life support decisions for extremely premature infants: report of a pilot study. *Journal of Pediatric Nurses*, 20(5), 347-359. Acedido em 02/05/2016. doi: 10.1016/j.pedn.2005.03.006.
- Keating, I. & Seabra, M. J. (1994). Luto e Vinculação. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 291-300.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., & Wagner, B. (2011). Internet-based treatment after pregnancy loss: Concept and case study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and*

- Gynecology*, 32(2), 72-78. Acedido em 5/09/2016. doi: 10.3109/0167482x2011.553974.
- Koch, M. C. M. P. (2014). *Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa: Portugal. Acedido em 29/08/2016, disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18293>.
- Kohn, I., & Moffit, P-L. (2000). *A silent sorrow: pregnancy loss: guidance and support for you and your family*. New York: Delacorte Press.
- Kovács, M. J. (1996). A morte do outro em si. In Bromberg, M. H. P. F., Kóvacs, M. J. C., & Carvalho, M. M. M. J. *Vida e Morte: Laços de existência* (pp. 99-120). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lok, I. H., & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(1), 229-247. Acedido em 12/06/2016. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007.
- Mariutti, M., Furegato, A., Scatena, M. e Silva, L. (2005). Relação de Ajuda entre o Enfermeiro e Mulheres em Abortamento Espontâneo. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 4(1), 83-88. Acedido em 08/09/2016, doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v4i1.5376>.
- McCoyd, J. L. M. (2007). Pregnancy interrupted: Loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28, 37-48. Acedido em 15/07/2016. doi:10.1080/01674820601096153.
- McKenna, L. & Rolls, C. (2011). Undergraduate midwifery students' first experiences with stillbirth and neonatal death. *Contemporary Nurse*, 38(1-2), 76-83. Acedido em 10/003/2016. doi: 10.5172/conu.2011.38.1-2.76.
- McLaughlin, S. (2005). *Surviving Miscarriage – you are not alone*. Lincoln, NE: iUniverse.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Monteiro, V. L. R. (2012). *Perda gestacional e processo de luto. Vivências do Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetrícia*. (Relatório Final do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica). Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu: Portugal. Acedido em 02/02/2016, disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1794/1/MONTEIRO%20Vera%20L>

%C3%BAcia%20Rocha%20-

%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20EMBARGO%2031%20dez
embro%202013.pdf.

- Montero, S. M. P., Sánchez, J. M. R., Montoro, C. H., Crespo, M. L., Jaén, A. G. V., & Tirado, M. B. R. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(6), 405-412. Acedido em 18/08/2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000600018>.
- Moulder, C. (2002). *Miscarriage. Women's experiences and needs*. New York: Routledge.
- Moura, J. P. (2010). Hemorragias da gravidez inicial. In L. M. Graça (Ed.), *Medicina Materno-Fetal* (4. ed., pp. 385-412). Lisboa: Lidel.
- Nascimento, A. R. A., & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, (2), 72-88. Acedido em 08/04/2016, disponível em <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>.
- Nery, I. S., Monteiro, C. F. S., Luz, M. H. B., & Crizóstomo, C. D. (2006). Vivências de mulheres em situação de aborto espontâneo. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14(1), 67-73. Acedido em 05/09/2016, disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n1/v14n1a11.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Pág.5. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 23/03/2016, disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *CIPE – Versão 2*. Santa Maria da Feira: Rainhos Neves, Lda.
- Pereira, M.A. (2008). Comunicação de más notícias e a gestão do luto. Coimbra: Formasau.
- Perry, A. G., & Potter, P. A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5. ed.). Loures: Lusociência.
- Perry, S. (2008). Perda e Luto Perinatal In D. Lowdermilk & S. Perry (eds.), *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.) (pp. 981- 1006). Loures: Lusodidata.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lisboa: Lusociência.
- Pontes, M. M. (2008). *Pacto de Silêncio: Maternidades Fugazes*. Lisboa: Papiro Editora.
- Radestad, I., & Christoffersen, L. (2008). Helping a woman meet her stillborn baby while it is soft and warm. *British Journal of Midwifery*, 16(9), 588-591. Acedido em 23/07/2016. doi: 10.12968/bjom.2008.16.9.30885.
- Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2006). Perdas e luto na gravidez e puerpério. In M. C. Canavarro (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2. ed., pp. 255-296). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sá, A. C. (2001). *O cuidado do emocional em enfermagem*. São Paulo: Robe Editorial.
- Santos, A. L., Rosemburg, C. P. & Buralli, K. O. (2004). Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 268-276. Acedido em 13/04/2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000200017>.
- Schott, J., Henley, A., & Kohner, N. (2007). *Pregnancy loss and death of a baby: guidelines for professionals* (3. ed.). London: Sands.
- Séjourné, N., Callahan, S., & Chabrol H. (2010). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), 403-411. Acedido em 21/05/2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/02646830903487375>.
- Setúbal, M. S. V., Barini, R., Zacaria, R., & Pinto e Sila, J. L. (2006). Reações psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal. Acedido em 26/08/2016, disponível em: <http://www.barini.med.br/2006/adm/arqpub-20062811-101319.SWF>.
- Soifer, R. (1992). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério* (6. ed.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Soubieux, M. J. (2009). *Le deuil périnatal*. Bruxelles, Belgique: Temps d'arrête.
- Stott, S. (2014). Stillbirth: a reflective case study. *British Journal of Midwifery*, 22(6), 439-443. Acedido em 09/09/2016. doi: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2014.22.6.439>.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para desenvolvimento da teoria fundamentada* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem- Avançando o Imperativo Humanista* (2.ed.) Loures: Lusociência.

- Takaki, M.H. & Sant'Ana, D.M.G. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Curitiba: Cogitare Enfermagem*. 9 (1), 79-83. Acedido em 10/05/2016, doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1708>.
- Van Aerde, J. (2001). Canadian Paediatric Society Statement. *Paediatric Child Health*, 6, 446-477.
- Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (1.^a ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: Sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Williams, C., Munson, D., Zupanic, J., & Kipalani, H. (2008). Supporting bereaved parents: practical steps in providing compassionate perinatal and neonatal end-of-life care- A North American perspective. *Seminars in Fetal & Neonatal*, 13(5), 335-340. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.siny.2008.03.005>.
- Woods-Giscombé, C.L., Lobel, M., & Crandell, J. L. (2010). The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Research in Nursing Health*, 33(4) 316-328. doi: 10.1002/nur.20389.
- World Health Organization. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. Geneve: World Health Organization.
- Ziegel, E. E., & Cranley, M. S. (1985). *Enfermagem Obstétrica* (8. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO DO SUOG

Segue-se a zona C, mais propriamente designada como internamento. Esta zona comporta 7 quartos individuais para grávidas em trabalho de parto, climatizados e com iluminação natural (sendo que apenas 3 não dispõem de janela). Cada quarto dispõe de uma marquesa de parto, um monitor de cardiocografia (sendo que não existe central de monitorização cardiocografica, a qual foi aprovada e estando a decorrer o processo de aquisição), um reanimador de recém-nascido (o que promove a prestação de cuidados imediatos ao recém nascido e a permanência do mesmo sempre junto dos pais) e todo o material clínico/medicação necessários á realização de um parto por via vaginal.

Em situações de admissão de mulheres com diagnóstico de perda gestacional, geralmente, as mesmas permanecem durante o internamento no quarto 1, desde que o mesmo não se encontre ocupado, pois este quarto apesar de não ser o que oferece as melhores condições, é aquele que se encontra mais próximo das salas dos profissionais. Aquilo que se preconiza é que estas mulheres comecem a ficar no quarto 7, uma vez que é aquele que fisicamente se encontra mais afastado da zona de admissão e dos outros quartos onde permanecem as parturientes e/ou puérperas com os respetivos bebés, favorecendo assim a maior privacidade destas mulheres/casal de forma a preservar um ambiente o mais possível á situação que se encontram a vivenciar.

O serviço está dotado de um sistema de segurança para recém-nascidos, através de pulseiras eletrónicas ligadas a um sistema informático centralizado. Este sistema existe desde 2007. Cada pulseira eletrónica é colocada á nascença, na presença da mãe, sendo apenas removida no momento da alta do Serviço de Obstetrícia. Os enfermeiros são os únicos profissionais com acesso a este sistema informático, sendo responsáveis pelo seu controlo.

A existência de quartos individuais permite que a pessoa significativa (podendo ser o pai ou não) permaneça junto da grávida durante todo o trabalho de parto e parto; o puerpério imediato decorre também neste espaço, promovendo a privacidade da mulher e a permanência da pessoa significativa neste período, sempre junto da puérpera. Existe ainda um recobro anestésico com lotação de duas camas, que dá apoio a toda a atividade cirúrgica, quer da área obstétrica, quer da área ginecológica, realizada nas duas salas operatórias, sendo também aí possível a permanência de familiares por existir sistema de cortinas a individualizar a unidade de cada utente.

No seguimento existe também um berçário, destinado á prestação de cuidados a recém-nascidos com situações emergentes (reanimação), que dispõe de reanimador, monitor de apneia, oxímetro, incubadora de transporte, medicação para a reanimação do recém-

nascido e cateterização umbilical, estufa e um frigorífico com medicação que necessita de conservação a baixa temperatura. Nesta zona C, está também localizada a zona de sujos, copa, armazém de Ekanban (material de uso clínico), sala de enfermagem e gabinetes da enfermeira com funções de chefia, gabinete médico, vestiário dos profissionais com WC integrado, existindo ainda outro WC com duche integrado na zona de transição para as salas operatórias, localizadas na zona D. O bloco operatório de maiores dimensões é habitualmente utilizado para a realização de cesarianas, enquanto o outro se destina a intervenções ginecológicas ou cesarianas emergentes, quando o primeiro está a ser utilizado. Estes dois blocos operatórios estão dotados de todo o material necessário à realização destas intervenções: carro de urgência, ventiladores, bisturi elétrico, mesas de apoio às intervenções, material cirúrgico e fármacos e material informático para registo da Cirurgia Segura. O bloco de maiores dimensões dispõe de reanimador de recém-nascido e balança para pesagem do bebé. O bloco de dimensões inferiores dispõe de material mais utilizado em intervenções ginecológicas.

A última zona designada pela letra E é uma área restrita de utilização para saída de emergência, em situação de emergência por catástrofe, incêndio ou outras situações em que a entrada principal e única do serviço se encontre interdita.

APÊNDICE B - GUIÃO DE ENTREVISTA AOS EESMO

GUIÃO DA ENTREVISTA A REALIZAR AOS EESMO DO SUOG

Entrevista n.º ____	Data: ____/____/____	Hora de início: ____ h ____ m	Hora de término: ____ h ____ m
---------------------	----------------------	-------------------------------	--------------------------------

Recursos materiais:	Local da realização da entrevista
	Gravador

População Alvo: EESMO a desempenhar funções no SUOG

Período Temporal: março a maio 2016

CARATERIZAÇÃO DA ENTREVISTADA		
1.	Qual é a sua nacionalidade?	
2.	Qual é a sua idade?	
3.	Qual é o seu estado civil?	Solteira
		Divorciada
		Viúva
		Casada
		Outra
4.	Qual é a sua área de residência?	Rural
		Urbano
5.	Tem filhos?	Sim Quantos?
		Não
6.	Já experienciou uma situação de morte fetal?	Sim
		Não
7.	É crente em alguma religião?	Sim Qual?
		Não
8.	Há quanto tempo exerce a profissão?	
9.	Que cargo ocupa?	
10.	Possui algum tipo de formação na área?	Sim Qual?
		Não

Questões do Guião da Entrevista

Análise das vivências do EESMO perante mães/casais em situação de morte fetal.

- O que representa para si a morte fetal? Como percebe o processo de luto vivenciado pelas mães/casais?
- Já experienciou situações de vivências de morte fetal?
- Já teve que comunicar uma má notícia? Como reagiu?
- Quais as maiores dificuldades que vivência aquando do contato com estas mães/casais? Como as ultrapassa?
- Proporciona às mães/casais que tenham contato com o bebé sempre que esta manifesta vontade? Qual a atitude que adota? Em que situações opta por o fazer ou não?
- Considera que a sua formação académica deu-lhe contributos para cuidar de mães/casais nestas situações? Sente necessidade de formação nesta área? Que formação sugere?
- Considera que o serviço onde desempenha as suas funções está organizado para dar resposta a estas situações? O que gostaria de ver alterado para melhorar o atendimento a estas mães/casais?

APÊNDICE C - GUIÃO DE ENTREVISTA A REALIZAR AS MÃES EM
SITUAÇÕES DE PERDA GESTACIONAL.

GUIÃO DA ENTREVISTA A REALIZAR AS MAES EM SITUAÇÕES DE MORTE FETAL

Entrevista nº ____	Data: ____/____/____	Hora de início: ____h ____m	Hora de término: ____h ____m
--------------------	----------------------	-----------------------------	------------------------------

Recursos materiais:	Local da realização da entrevista
	Gravador

População Alvo: Mulheres que recorreram ao SUOG por morte fetal

Período Temporal: janeiro a dezembro 2015.

CARACTERIZAÇÃO DA ENTREVISTADA	
1.	Qual é a sua nacionalidade?
2.	Qual a sua raça?
	Caucasiana
	Negra
	Outra
3.	Qual é a sua idade?
4.	Qual é o seu estado civil?
	Solteira
	Divorciada
	Viúva
	Casada
	Outra
5.	Quais as suas Habilitações literárias
	Básico – 1º Ciclo (4ª classe)
	Básico – 2º Ciclo (6ºano)
	Básico – 3º Ciclo (9º ano)
	Secundário (12ºano)
	Curso Técnico Profissional
	Bacharelato/Licenciatura
	Outro (Especificar):
6.	Qual é a sua profissão?
7.	Qual é a sua área de residência?
	Rural
	Urbano
8.	Tem filhos?
	Sim Quantos?
	Não
9.	Foi a primeira experiência de perda?
	Sim Qual a idade gestacional?
	Não
10.	É crente em alguma religião?
	Sim Qual?
	Não

Questões do Guião da Entrevista

Análise dos sentimentos/vivências das mães em situação de morte fetal face aos cuidados prestados pelos EESMO(s).

1. Quais os sentimentos que vivenciou quando foi confrontada com a notícia da **morte do seu bebé**?
2. A comunicação da notícia foi-lhe dada por um profissional? De que forma foi abordada? O que sentiu?
3. Como se sentiu com os cuidados que lhe foram prestados pela equipe de EESMO em todo o processo?
Sentiu-se acompanhada? O ambiente físico proporcionado foi o adequado?
4. Perante o atendimento que lhe prestaram, acha necessário alterar alguns comportamentos/attitudes por

APÊNDICE D - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
OS EESMO

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Apresentação do estudo:

Título do Estudo: *Quando a Morte antecede o Nascimento - Atuação do EESMO na Assistência a Mulher que vivencia a Morte Fetal.*

Investigador Responsável: Ana Maria Rodrigues Casalta Miranda.

O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Prof.ª Doutora Maria Otilia Brites Zangão, docente da Universidade de Évora

Informações dadas aos EESMO (s) sobre o estudo:

Informo que me encontro a frequentar o Mestrado Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Neste contexto, proponho-me a realizar um estudo de investigação com o seguinte objetivo geral:

- Assegurar boas práticas de enfermagem na assistência às mulheres/casais em situação de morte fetal, por parte da equipa do EESMO.

Desde já agradeço a sua participação no estudo a realizar, a sua participação é imprescindível para a concretização de atividades inerentes ao percurso investigativo.

Os dados do estudo são colhidos através de entrevista. Solicito que responda às questões que são apresentadas de forma espontânea. Considere que não existem respostas certas ou erradas, as suas opiniões pessoais são imprescindíveis para o estudo.

Considera-se que, a sua participação, bem como a divulgação dos resultados desta pesquisa possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados às mulheres/casais que vivenciam uma situação de morte fetal, bem como para futuros estudos/divulgações nesta área.

Eu _____, abaixo assinado, com D.I.C.C n.º _____, no ter recebido as informações acerca do estudo, e consciente dos direitos que tenho, concordo em participar no mesmo sabendo que:

- A segurança de que não serei identificada e que será mantido o caráter anónimo e confidencial de toda e qualquer informação relacionada com a minha privacidade;
- A garantia de me ser proporcionado esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos de recolha de dados ou qualquer outro relacionado com este estudo;
- A possibilidade em qualquer momento, anular a minha participação no estudo que inicialmente me propus;
- Não receberei nenhum benefício direto como resultado da minha participação;
- Os resultados da investigação ser-me-ão facultados, se o solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora pelo contato Ana Miranda – 912627423 ou correio eletrónico - anacasalta@live.com.pt

Fui informada que esta participação é totalmente voluntária.

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

Li este consentimento e concordo em participar	Li, expliquei e assegurei-me que a senhora compreendeu
Data: _____/_____/_____	Data: _____/_____/_____
EESMO Participante	O Investigador

APÊNDICE E - CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
AS MULHERES

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Apresentação do estudo:

Título do Estudo: *Quando a Morte antecede o Nascimento - Atuação do EESMO na Assistência à Mulher que vivência a Morte Fetal.*

Investigador Responsável: Ana Maria Rodrigues Casalta Miranda.

O estudo em causa decorre sob orientação da Sra. Prof.ª Doutora Maria Oulha Brites Zangão, docente da Universidade de Évora.

Informações dadas aos participantes no estudo:

Caras Mães:

Informo que me encontro a frequentar o Mestrado Profissional de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Neste contexto, proponho-me a realizar um estudo de Investigação com o seguinte objetivo geral:

- Assegurar boas práticas de enfermagem na assistência às mulheres/casais em situação de morte fetal, por parte da equipa de EESMO.

Desde já agradeço a sua participação no estudo a realizar, a sua participação é imprescindível para a concretização de atividades inerentes ao percurso investigativo.

Os dados do estudo são colhidos através de entrevista. Solicito que responda às questões que são apresentadas de forma espontânea. Considere que não existem respostas certas ou erradas, as suas opiniões pessoais são imprescindíveis para o estudo.

Considera-se que, a sua participação, bem como a divulgação dos resultados desta pesquisa possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados às mulheres/casais que vivenciam uma situação de morte fetal, bem como para futuros estudos/divulgações nesta área.

Eu _____, abaixo assinado, com B.I/C.C n.º _____, ao ter recebido as informações acerca do estudo, e consciente dos direitos que tenho, concordo em participar no mesmo sabendo que:

- A segurança de que não serei identificada e que será mantido o carácter anónimo e confidencial de toda e qualquer informação relacionada com a minha privacidade;
- A garantia de me ser proporcionado esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos de recolha de dados ou qualquer outro relacionado com este estudo;
- A possibilidade de em qualquer momento, anular a minha participação no estudo que inicialmente me propus;
- Não receberei nenhum benefício direto como resultado da minha participação;
- Os resultados da investigação ser-me-ão facultados, se o solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora pelo contato Ana Miranda – 912627423 ou correio eletrónico - anacasalta@live.com.pt

Fui informada que esta participação é totalmente voluntária.

Este consentimento será assinado por mim em duplicado e eu fico com um dos exemplares.

Li este consentimento e concordo em participar	Li, expliquei e assegurei-me que a senhora compreendeu
Data _____/_____/_____	Data/_____/_____/_____
A Senhora Participante	O Investigador

APÊNDICE F - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO E À COMISSÃO DE ÉTICA DO CHBM, EPE

Exmo. Sr. Presidente,
à Comissão de
Ética para os
decididos efeitos
25/1/2016

Exmo. Sr. Presidente, do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

Lúcia Luz
Enfermeira Diretora

Ana Maria Rodrigues Casalta Miranda, enfermeira detentora do título de Enfermeira Especialista com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, a exercer funções no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) desta organização hospitalar, vem por este meio solicitar a vossa excelência anuência à implementação do Projeto: "Quando a Morte antecede o Nascimento - Atuação do EESMO na Assistência à Mulher que vivencia a Morte Fetal", desenvolvido na sequência da realização do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus.

No âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem este projeto pretende melhorar o atendimento à Mulher/Família que vivencia uma situação de Morte Fetal, contribuindo para um incremento da qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar às utentes atendidas no SUOG.

Atenciosamente

Pede deferimento

Barreiro, 19 de Janeiro de 2016

Ana Maria Rodrigues Casalta Miranda
(Ana Maria Rodrigues Casalta Miranda)

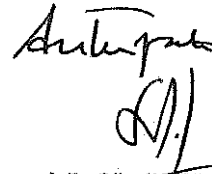
COMISSÃO DE ÉTICA
Nada a opor
Data: 31/3/2016

Nada a opor
A Direção
Serviço de Ginecologia/Obstetrícia
Traves
20/1/2016

HNSR, EPE BARREIRO
N.º 1988
Pasta n.º 638.0
Data: 25/01/16

APÊNDICE G - AUTORIZAÇÃO PARA A APLICAÇÃO DO PROJETO AO
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CHBM, EPE

Aprochado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E.P.E.
de 11 / 03 / 2016
ACTA Nº 11



João Oliveira Ribeiro
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota interna n.º: **8/2016**

Data: 04 / 03 / 2016

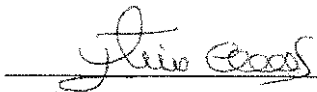
De: **Comissão de Ética para a Saúde**

Para: **Exma. Sra. Enf. Luisa Luz – Conselho de Administração**

Assunto: **Pedido de autorização para recolha de dados**

A 03/04/2016 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. que apreciou um pedido de autorização para realização de projecto de investigação no âmbito de um trabalho académico intitulado "Quando a Morte antecede o Nascimento – Atuação do EESMO na assistência à mulher que vivência a morte fetal" a desenvolver no Hospital de Nossa Senhora do Rosário no Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica por Ana Maria Rodrigues Casalta Miranda, enfermeira especialista neste Centro Hospitalar e aluna de Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Universidade de Évora / Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Face aos documentos apresentados a Comissão de Ética deliberou nada ter a opor à realização deste trabalho científico.

Com os melhores cumprimentos,



(Elvira Camacho, Dr.ª)

(Presidente da CES)

ENTRADA
Conselho de Administração

APÊNDICE H - APRESENTAÇÃO DO PROJETO Á EQUIPE DE EESMO DO SUOG
DO CHBM, EPE

**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
MATERNA E OBSTETRÍCIA**

Apresentação de Projeto

TEMÁTICA

**Quando a morte antecede o Nascimento:
Atuação do EESMO na Assistência à
Mulher que vivência uma Morte Fetal**



PERTINÊNCIA

- Quando o ciclo gravidez-parto-puerpério experiencia perdas, desencadeia-se um processo de luto que pode provocar um período de crise emocional de difícil elaboração e superação.
- O momento de comunicar à mulher/família o diagnóstico de morte fetal torna-se muito delicado, na medida em que provoca ansiedade e insegurança no profissional de enfermagem responsável pela transmissão dessa má notícia.
- As atitudes dos cuidadores podem ser confundidas pela mulher/família como indiferença e frieza, contudo podem refletir a falta de preparação dos mesmos para lidarem com a perda e com o (s) outro (s) que se encontra (m) a vivenciar (em) este processo.

PERTINÊNCIA

- A realidade do SUOG do CHBM, EPE reporta para a dificuldade na comunicação, no acompanhamento e na intervenção à mulher/família, por parte da equipa de enfermagem.
- O período considerado mais difícil de intervenção é o que surge imediatamente a seguir à perda, o que exige o estabelecimento de uma relação de ajuda, pelo que se considera imprescindível que o EESMO, visto ser o profissional que mantém uma maior proximidade à mulher/casal, seja detentor de conhecimentos acerca do processo de luto e compreenda as necessidades de quem sofreu a perda, assegurando um ambiente propício à expressão de sentimentos e emoções.

OBJETIVO GERAL

Assegurar boas práticas de enfermagem na assistência às mulheres/casais em situação de morte fetal, por parte da equipa de EESMO.



OBJETIVO ESPECÍFICO I

Analisar sentimentos/vivências da equipa de EESMO perante mulheres/casais em situação de morte fetal.

ATIVIDADES:

- Apresentação da proposta de melhoria;
- Aplicação de entrevista à equipa de EESMO do SUOG do CHBM, EPE.

GUIÃO DA ENTREVISTA – EESMO

- ✓ O que representa para si a morte fetal? Como percebe o processo de luto vivenciado pelas mães/casais?
- ✓ Já experienciou situações de vivências de morte fetal?
- ✓ Já teve que comunicar uma má notícia? Como reagiu?
- ✓ Quais as maiores dificuldades que vivência aquando do contato com estas mães/casais? Como as ultrapassa?

GUIÃO DA ENTREVISTA – EESMO

- ✓ Proporciona às mães/casais que tenham contato com o bebé sempre que esta manifesta vontade? Qual a atitude que adota? Em que situações opta por o fazer ou não?
- ✓ Considera que a sua formação académica deu-lhe contributos para cuidar de mães/casais nestas situações? Sente necessidade de formação nesta área? Que formação sugere?
- ✓ Considera que o serviço onde desempenha as suas funções está organizado para dar resposta a estas situações? O que gostaria de ver alterado para melhorar o atendimento a estas mães/casais?

OBJETIVO ESPECÍFICO II

Analisar os sentimentos/vivências das mulheres em situação de morte fetal, face aos cuidados que lhes foram prestados pela equipa de EESMO.

ATIVIDADES:

- Realização de uma entrevista às mulheres que vivenciaram situações de morte fetal e que receberam assistência por parte da equipa de EESMO do SUOG do CHBM, EPE;

- Apresentação dos resultados à equipa de EESMO.

OBJETIVO ESPECÍFICO III

Habilitar os EESMO (s) do SUOG do CHBM, EPE para a melhoria do processo de humanização no atendimento às mulheres/casais que vivenciam experiência de morte fetal.

ATIVIDADES:

- Realização de uma sessão formativa para apresentação dos resultados obtidos;
- Realização de sessões formativas com peritos na área: morte fetal/processo de luto;
- Elaboração do procedimento sectorial inerente aos cuidados de enfermagem à mulher/casal que vivência uma situação de morte fetal;
- Elaboração de um poster inerente à temática em estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lowdermilk, D., Perry, S. Cashion, K. & Alden, K (2013). *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Montero, S. M. P.; Sánchez, J. M. R.; Montoro, C. H.; Crespo, M. L.; Jaén, A. G. V.; & Tirado, M. B. R. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (6), 405-412.

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

 **CHBM** Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE



Obrigada pela vossa atenção!

APÊNDICE I - WORKSHOP SOBRE COMUNICAÇÃO DE MÁS NOTÍCIAS

PROGRAMA DE WORKSHOP
CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

TEMA: Comunicação de más notícias

OBJETIVO DA SESSÃO: Conhecer as técnicas comunicacionais e relacionais facilitadoras da comunicação de más notícias, enquanto contributos para o desenvolvimento de competências neste âmbito.

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros, Médicos, Técnicos Superiores de Saúde

NÚMERO DE PARTICIPANTES POR SESSÃO: 20

DURAÇÃO: 4h **HORÁRIO:** 9h -13h **DATA:** 13-07-2016

FORMADOR: Prof. Paula Nunes

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO: Definição de más notícias; Reações vivenciadas na comunicação de más notícias
Dificuldades em dar más notícias; Princípios éticos; Preocupações iniciais na comunicação de más notícias; Onde dizer;
Quando dizer; Como comunicar as más notícias? Quem comunica a má notícia; O direito à informação; Legislação;
Código Deontológico; Protocolo Spikes

METODOLOGIA DA SESSÃO:

Expositiva Participativa Exercícios práticos Dinâmica

RECURSOS PEDAGÓGICOS NECESSÁRIOS:

Sala de formação Auditório Portátil Projetor multimédia Flipchart
 Ponteiro Som

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – REGISTO DE ATIVIDADES
CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Curso: Comunicação de más notícias

Formadores internos: _____

Data: 19.7.2016

Horário: Início 9^h Fim 13^h

TEMAS ABORDADOS


Competências comunicacionais,
Comunicação e Relação Terapêutica,
Comunicação de más notícias:
- definição
- estratégias comunicacionais
- competências a desenvolver

O formador: _____

O Coordenador do CEF/NFIE: _____

Data: ___/___/___

APÊNDICE J - PROCEDIMENTO SETORIAL “CUIDADOS DE ENFERMAGEM À
MULHER/CASAL QUE VIVENCIA UMA SITUAÇÃO DE PERDA GESTACIONAL”

 <p>CHBM Centro Hospitalar Barreiro Montijo EPE</p>	PROCEDIMENTO SECTORIAL
	Cuidados á Grávida/Casal em Situação de Perda Gestacional

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO	A		APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. OBJETIVO

Uniformizar os procedimentos de enfermagem na prestação de cuidados á grávida/casal em situação de Perda Gestacional.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se nos Serviços de Consulta de Obstetrícia, de Bem-estar Materno-fetal, de Diagnóstico pré-natal, de Ginecologia, de Obstetrícia e de Urgência Obstétrica e Ginecológica do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE.

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/____

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:

EESMO Ana Miranda.

4.2 Pela revisão do procedimento:

EESMO Ana Miranda.

ELABORAÇÃO	VERIFICAÇÃO	PROXIMA EDIÇÃO
EESMO Ana Miranda	Serviço de Gestão da Qualidade	

5. DEFINIÇÕES

Perda Gestacional - Conjunto de situações de perda que podem acontecer durante a gestação ou após o parto, incluindo o aborto espontâneo/interrupção espontânea da gravidez, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, interrupção voluntária da gravidez e interrupção terapêutica por mal formações fetais (Canavarro, 2006).

Aborto espontâneo – Quando a gravidez termina antes das 22 semanas completas de gestação, ou se o produto da concepção tiver peso inferior a 500 gramas (OMS, 2006).

Aborto precoce – Quando ocorre nas primeiras 12 semanas de gestação (Moura, in Graça, 2010).

Aborto tardio – Quando ocorre após as 12 semanas de gestação (Moura, in Graça, 2010).

Morte Fetal - Consiste na morte anterior á completa expulsão ou extração de um produto da concepção do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez (OMS, 2006).

Morte perinatal – Numero de nados mortos e de óbitos de recém-nascidos na primeira semana de vida em relação a mil nados vivos. (OMS, 2006).

6. SIGLAS E ABREVIATURAS

CHBM, EPE – Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Entidade Pública Empresarial

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

7. REFERÊNCIAS

Moura, J.Paulo (2010) Hemorragias da gravidez inicial. In Graça, Luís Mendes: Medicina Materno-Fetal. Lisboa: Lidel.

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
<i>Joint Commission International</i>		

8. DESCRIÇÃO

As expectativas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte, quando os pais são confrontados com uma perda gestacional sentem-se como que atraídos, enganados e frustrados. Os pais são como que impedidos de vivenciarem o sonho da maternidade, ou seja, experienciarem o acontecimento de vida tão poderoso e carregado de um profundo significado, quanto é o nascimento de um filho (Amirali & Dias, 2010).

Em situações de morte fetal são comuns sentimentos como dor, tristeza, culpa, impotência e frustração por não ter conseguido levar a gravidez até ao fim (Ampese, Perosa, & Haas, 2007). A perda perinatal pode causar efeitos devastadores na saúde mental do casal, não só no momento da perda, como também em gravidezes posteriores á perda (Hill, Debackere & Kavanaugh, 2008; Giscombé, Lobel & Crandell, 2010).

Torna-se assim fundamental que quem presta cuidados a estes casais compreenda a dimensão deste fenómeno na vida dos pais e família, como nos refere Amirali & Dias (2010). O enfermeiro, em situações de perda na gravidez, deve ter em conta que o cuidar de uma família que experiencia a perda envolve aspetos emocionais, culturais, morais e éticos, pelo que deve atuar respeitando os valores humanos.

O processo de luto que a mulher/casal tem de vivenciar após a perda constitui todo ele um processo de adaptação - adaptação á perda. Segundo Callista Roy (Tomey & Alligood, 2004), o objetivo da enfermagem é, portanto promover essa adaptação, contribuindo, desta forma, para a saúde e qualidade de vida das pessoas.

8.1 Focos de Enfermagem

Interrupção da Gravidez

Luto

Morte

8.2 Momento de aplicação

Desde o diagnóstico até à preparação para a alta.

8.3 Procedimento de Enfermagem

O procedimento de Enfermagem vai depender do Serviço onde é diagnosticada a perda gestacional.

8.3.1. CONSULTA DE OBSTETRÍCIA/BEM-ESTAR MATERNO-FETAL/DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

Durante a vigilância da gravidez é identificada uma situação de perda, independentemente da idade gestacional em que se encontra:

8.3.1.1. Providenciar um ambiente propício (físico e emocional) à transmissão da notícia;

8.3.1.2. Providenciar acompanhamento para a grávida, se possível, no caso de esta se encontrar sozinha;

8.3.1.3. Informar o médico da situação, para que este possa transmitir a notícia;

8.3.1.4. Apoiar o casal após a transmissão da notícia, respeitando as suas decisões e condutas terapêuticas de acordo com cada situação;

Se o casal for encaminhado para o domicílio (até à resolução da situação):

8.3.1.5. Validar a necessidade de apoio psicológico no momento e proceder ao devido encaminhamento se necessário;

8.3.1.6. Providenciar o Folheto “Perda na gravidez – Num turbilhão de sentimentos” (Anexo I), individualizando o mesmo com o primeiro nome da utente;

8.3.1.7. Validar junto da utente, se toda a informação fornecida pelo médico foi compreendida.

Se a utente for encaminhada para o internamento de Ginecologia:

8.3.1.8. Informar acerca da utente à enfermeira da Ginecologia que fica responsável pela mesma.

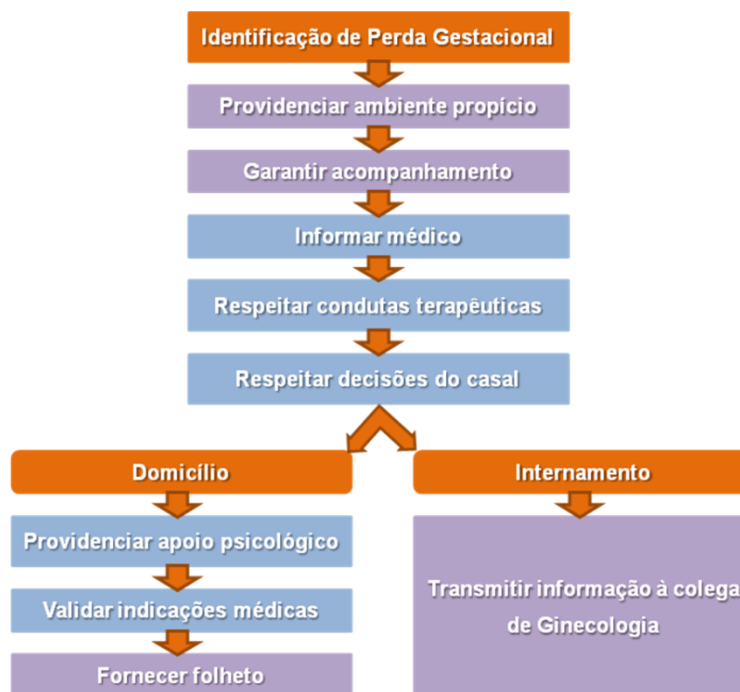


Figura 1 – Fluxograma de atuação para os Serviços de Consulta de Obstetrícia/Bem-estar Materno-fetal/Diagnóstico Pré-natal

8.3.2. SERVIÇO DE GINECOLOGIA

8.3.2.1. Acolher a utente/casal no serviço, de preferência num quarto;

8.3.2.2. Informar a Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) do SUOG da presença de uma utente em situação de perda gestacional no serviço;

8.3.2.3. Administrar o protocolo terapêutico prescrito;

8.3.2.4. Validar o protocolo terapêutico instituído junto do médico/EESMO, quando necessário;

8.3.2.5. Solicitar apoio junto da EESMO do Serviço de Obstetrícia ou do SUOG, quando necessário;

8.3.2.6. Conhecer a vontade da utente em relação ao querer ou não ver o bebé;

8.3.2.7. Contatar a EESMO do SUOG para se deslocar ao Serviço de Ginecologia quando a utente mostrar sinais de parto, expulsar o bebé subitamente ou para avaliar a situação, em caso de necessidade;

8.3.2.8. Prestar cuidados ao bebé, no caso de os pais pretenderem contato, de modo a que o bebé se encontre com a melhor aparência possível;

8.3.2.9. Validar, no processo clínico, os procedimentos prescritos relativos ao bebé e placenta;

- 8.3.2.10. Colaborar com a EESMO nos procedimentos protocolados;
- 8.3.2.11. Transferir a utente para o SUOG, que será acompanhada pela EESMO e pela Assistente Operacional do Serviço de Ginecologia;
- 8.3.2.12. Validar, após o regresso da utente ao Serviço de Ginecologia, da necessidade de apoio psicológico e proceder ao devido encaminhamento;
- 8.3.2.13. Verificar sinais de luto patológico durante todo o internamento e proceder como no ponto anterior;
- 8.3.2.14. Providenciar o Folheto “Perda na gravidez – Num turbilhão de sentimentos” (Anexo I), individualizando o mesmo com o primeiro nome da utente;
- 8.3.2.15. Articular, em caso de necessidade, com o médico de urgência, durante o internamento.

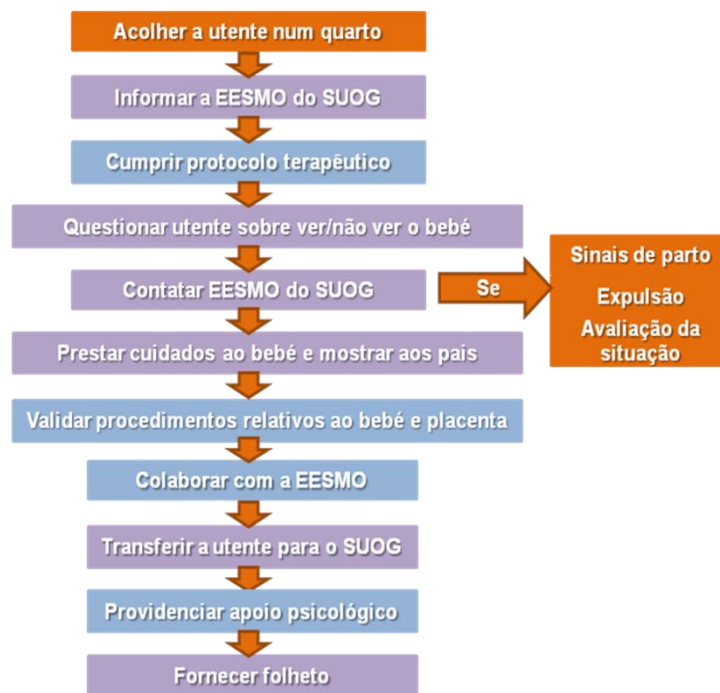


Figura 2 – Fluxograma de atuação para o Serviço de Ginecologia

8.3.3. SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA

8.3.3.1. Contatar o médico de urgência sempre que se verifique:

- Perda hemática vaginal;

- Ausência de batimentos cardíofetais durante a auscultação dos mesmos;
- Expulsão fetal;
- Sinais de parto iminente pré-termo.

8.3.3.2. Providenciar acompanhamento para a grávida, se possível, no caso de esta se encontrar sozinha;

8.3.3.3. Providenciar um ambiente propício (físico e emocional) para que o médico transmita a notícia;

8.3.3.4. Informar a EESMO do SUOG acerca da situação e transferência da utente ao SUOG;

8.3.3.5. Transferir a utente para o SUOG.

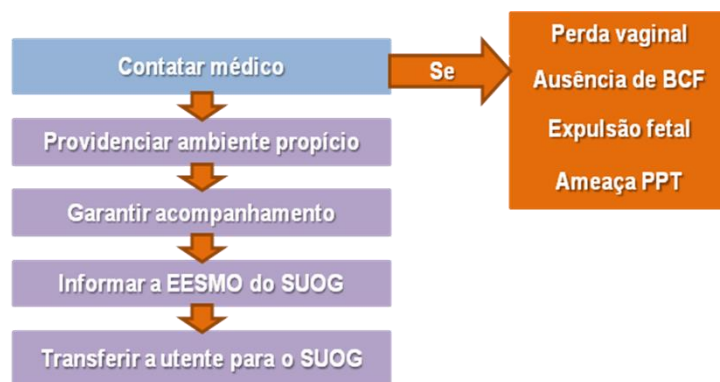


Figura 3 – Fluxograma de atuação para o Serviço de Obstetrícia

8.3.4. SUOG

O diagnóstico de perda gestacional pode ser efetuado nas seguintes formas: na admissão, aquando da realização de cardiocograma/auscultação de batimentos cardíofetais e no internamento da mulher em vigilância ou trabalho de parto.

8.3.4.1. Contatar o médico aquando da identificação de uma situação de ausência de batimentos cardíofetais;

8.3.4.2. Providenciar um ambiente propício (físico e emocional) á transmissão da notícia por parte do médico;

8.3.4.3. Providenciar acompanhamento para a grávida, se possível, no caso de esta se encontrar sozinha;

8.3.4.4. Permanecer junto da grávida enquanto o médico transmite a notícia no sentido de a apoiar;

Se o casal for encaminhado para o domicílio (até á resolução da situação):

8.3.4.5. Validar a necessidade de apoio psicológico no momento e proceder ao devido encaminhamento se necessário;

8.3.4.6. Providenciar o Folheto “Perda na gravidez – Num turbilhão de sentimentos” (Anexo I), individualizando o mesmo com o primeiro nome da utente;

8.3.4.7. Validar junto da utente, se toda a informação fornecida pelo médico foi compreendida.

Se a utente for encaminhada para o internamento de Ginecologia:

Proceder de acordo com o descrito no ponto 8.3.1.8.

Se a utente ficar internada no SUOG:

8.3.4.8. Providenciar a adaptação do espaço no quarto 7:

- Retirar o cardiotocógrafo;
- Retirar o ressuscitador de Recém-nascido;
- Colocar o poster “A Perda na gravidez” (Anexo II).

8.3.4.9. Conhecer a vontade da utente em relação ao querer ou não ver o bebé e alargar esta possibilidade a um familiar que a grávida indique;

8.3.4.10. Administrar o protocolo terapêutico prescrito;

8.3.4.11. Prestar cuidados ao bebé, no caso de os pais pretenderem contato, de modo a que o bebé se encontre com a melhor aparência possível;

8.3.4.12. Validar, no processo clínico, os procedimentos prescritos relativos ao bebé e placenta;

8.3.4.13. Executar os procedimentos protocolados de acordo com a indicação:

- Se o bebé for para Anatomia Patológica, proceder de acordo com a norma instituída;

- Se o bebé for para o Laboratório de Patologia Fetal, proceder de acordo com a norma instituída pelo Centro de Genética Clínica – providenciar para que todos os

documentos sejam preenchidos (nomeadamente o impresso de doação do corpo para investigação clínica);

- Se o bebé for para a Morgue, proceder de acordo com o Procedimento “Cuidados Pós-Mortem”

8.3.4.14. Validar a necessidade de apoio psicológico no momento e proceder ao devido encaminhamento se necessário;

8.3.4.15. Providenciar o Folheto “Perda na gravidez – Num turbilhão de sentimentos” (Anexo I), individualizando o mesmo com o primeiro nome da utente;

8.3.4.16. Validar junto da utente, se toda a informação fornecida pelo médico foi compreendida.

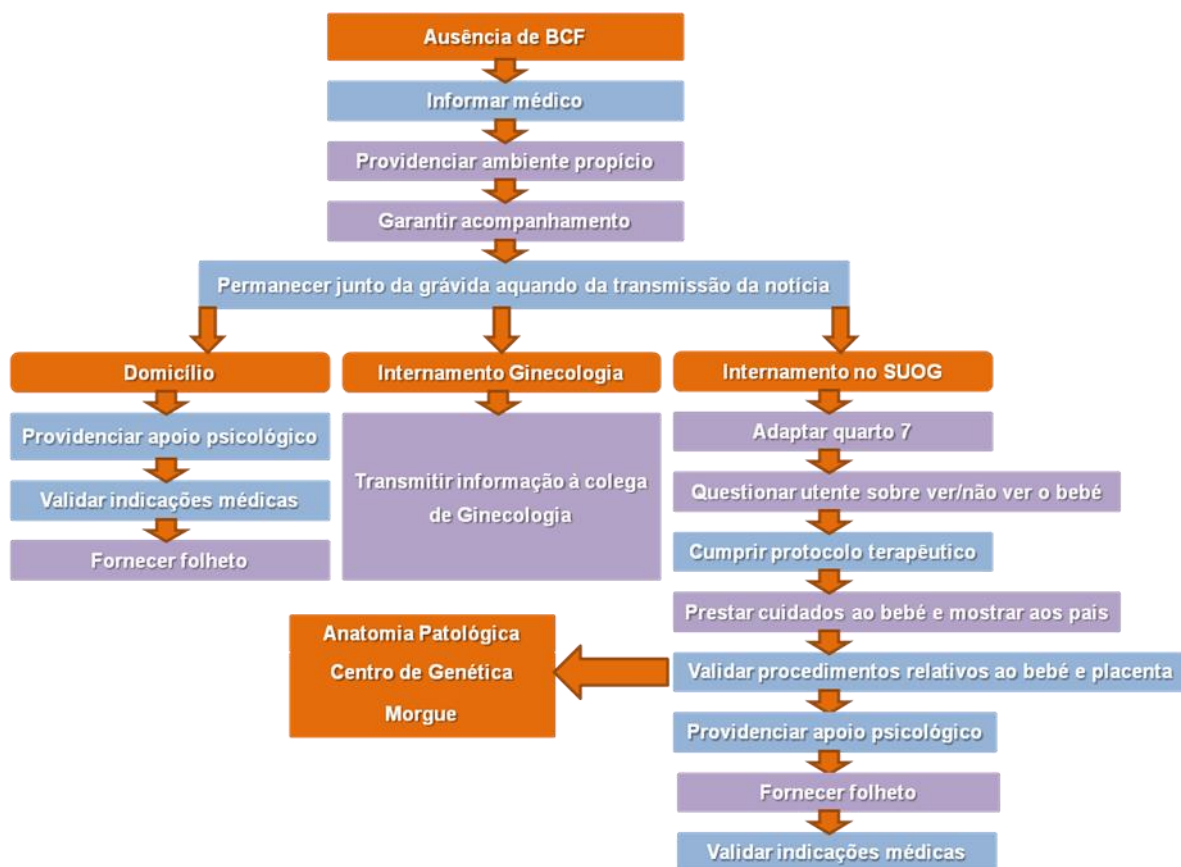


Figura 4 – Fluxograma de atuação para o Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

9. INDICADORES

Não aplicável.

10. ANEXOS

Anexo I – Folheto “Perda na gravidez – Num turbilhão de sentimentos”

Anexo II - Poster “A Perda na gravidez”

10.1. Anexo I – Folheto “Perda na gravidez – Num turbilhão de sentimentos”



NUM TURBILHÃO DE SENTIMENTOS – A PERDA NA GRAVIDEZ



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

Endereço por:
Ana Miranda, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Mestranda em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, sob orientação de Prof.ª Doutora Cláudia Zangálio

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro
Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
Telefone: 212147300/7367
Fax: 212147323
E-mail: bpartos@chbm.min-saude.pt
www.chbm.min-saude.pt



FRASES	QUE APOIO?	CONTATOS ÚTEIS:
	<p>O Serviço de Urgência Obstétrica dispõe dos seguintes recursos para a ajudar e encaminhar, de acordo com as suas necessidades:</p> <ul style="list-style-type: none">• Uma equipa de Enfermeiros sensível para a problemática e com experiência na mesma;• Uma Médica Obstetra;• Uma Assistente Social;• Outros profissionais, tais como outros especialistas na área da Medicina e Psicólogos.	<ul style="list-style-type: none">• Projeto Ártemis <p>Telefone: 938633707</p> <p>E-mail: projectoartemis@sapo.pt</p> <p>Site: www.facebook.com/associacaoartemis</p> <ul style="list-style-type: none">• Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica <p>Telefone: 212147300/7367</p> <p>E-mail: bpartos@chbm.min-saude.pt</p>

A sua privacidade e decisão serão respeitadas

por nós

Este folheto pertence a:

Anexo II - Poster “A Perda na gravidez”

CHBM
Centro Hospitalar
Barreiro Montijo EPE

A PERDA NA GRAVIDEZ

Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

*Quando a sonha é interrompida...num
turbilhão de sentimentos ...*

DESILUSÃO
MÁGOA
PARTILHA
VERGONHA
TRISTEZA
EMPATIA
DISPONIBILIDADE
DOR
PESAR
LUTO
FRUSTRAÇÃO


(Re) AGIR

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Faculdade de Medicina
3000-456 Évora

Escolas de:
-Lic. Medicina, Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica, Medicina em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de Base Legal em de
Enfermagem, L. J. de C. de Saúde, 2004 e legislação de Prof. Doutora, D. I. de Saúde

APÊNDICE K - FOLHETO NUM TURBILHÃO DE SENTIMENTOS – A PERDA NA GRAVIDEZ

NUM TURBILHÃO DE SENTIMENTOS – A PERDA NA GRAVIDEZ


UNIVERSIDADE DE ÉVORA
 ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
 SÃO JOÃO DE DEUS

Elaborado por:
 Ana Miranda, Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, Mestranda
 em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Escola Superior de
 Enfermagem S. João de Deus, sob a orientação da Prof.ª Doutora Otília Zangão

Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E.
 Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro
 Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
 Telefone: 212147300/7367
 Fax: 212147323
 E-mail: bpartos@chbm.min-saude.pt
www.chbm.min-saude.pt



PARA A APOIAR...

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 este 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)

- O Serviço de Urgência Obstétrica do CHBM, EPE dispõe dos seguintes recursos para a apoiar e encaminhar, de acordo com as suas necessidades:
- Uma equipa de Enfermeiros sensível para a problemática e com experiência na mesma;
 - Uma Médica Obstetra;
 - Uma Psicóloga;
 - Outros profissionais, tais como outros especialistas na área da Medicina.

CONTATOS ÚTEIS:

- Projeto Ártemis
Telefone: 938633707
E-mail: projectoartemis@sapo.pt
Site:
www.facebook.com/associacaoartemis
- Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
Telefone: 212147300/7367
E-mail: bpartos@chbm.min-saude.pt
- Grupo de apoio ao Luto
E-mail: a aguardar aprovação pelo Conselho de Administração.

Este folheto pertence a:

A sua privacidade e decisão serão respeitadas
 por nós

APÊNDICE L - POSTER “A PERDA NA GRAVIDEZ”

*Quando o sonho é interrompido... num
turbilhão de sentimentos ...*



APÊNDICE M - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA CRIAÇÃO DE UM
ENDEREÇO DE CORREIO ELETRÔNICO PARA PARTILHA DE EMOÇÕES

De: Bloco Partos Gab. Enf. Chefe
Enviado: 21 de setembro de 2016 12:01
Para: Luísa Luz (Enfermeira Directora)
Assunto: Pedido de autorização para criação de email

Exm^a Sra Enfermeira Directora

Na continuação das diligencias efectuadas para implementação do projecto : -Assegurar Cuidados de Qualidade ás Mães / Casais que Vivenciaram perda gestacional no SUOG ,do CHBM,EPE cujo tema é : "Quando a Morte Antecede o Nnascimento"

Venho solicitar que seja autorizado a criação de Email ,para que as mães / casais que vivenciam perda gestacional, assim como os profissionais de saude que cuidam destas mães / casais , possam deixar o testemunho destas vivências dolorosas,com o objetivo de facilitar a reorganização do luto.

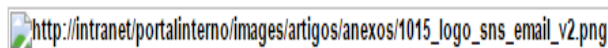
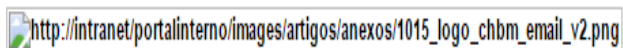
Atenciosamente
Enf^a Ana Miranda
bpartos@chbm.min-saude.pt
extensão 7365

De: Luísa Luz (Enfermeira Directora)
Enviado: 21 de setembro de 2016 13:50
Para: Paulo J.B. Feio; Bloco Partos Gab. Enf. Chefe
Assunto: Fw: Pedido de autorização para criação de email

Concordo inteiramente com o proposto, pelo que é autorizado

Com os melhores cumprimentos,

Luísa Luz
Enfermeira Directora

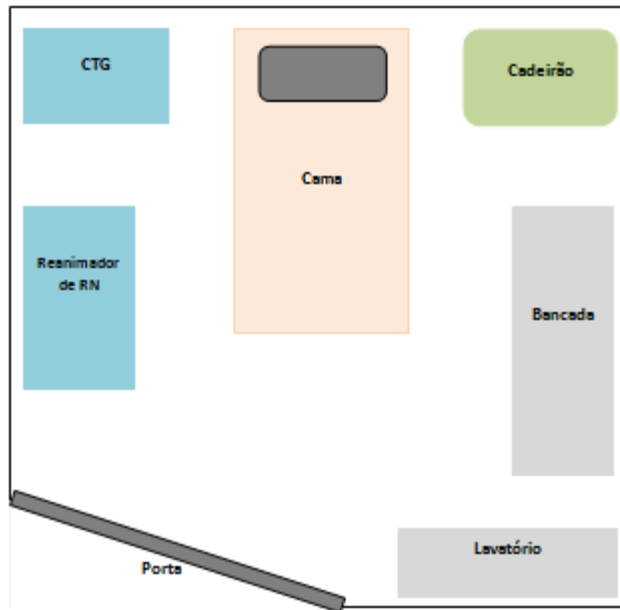


Av. Movimento das Forças Armadas | 2834-003 Barreiro | Portugal

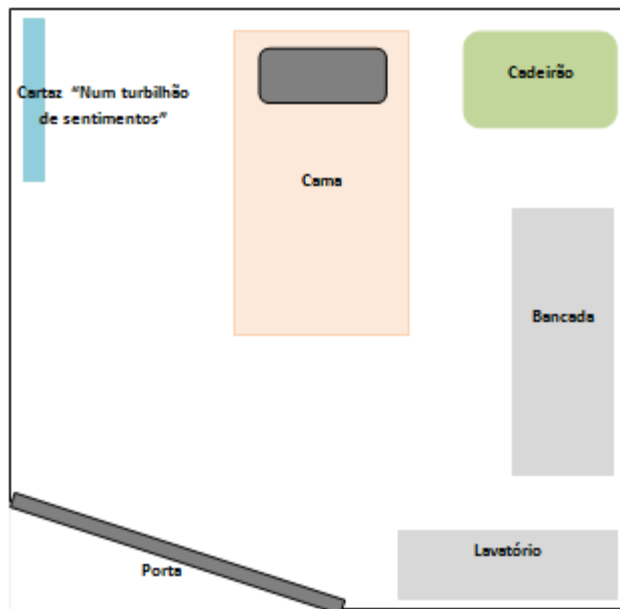
Tel.212147300 | Fax 212147132
Tlm. 917226091
E-mail: enfdir@chbm.min-saude.pt | www.chbm.min-saude.pt

APÊNDICE N - OTIMIZAÇÃO DO ESPAÇO FÍSICO DO SUOG

Espaço inicial:



Proposta sugerida:



APÊNDICE O - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS DOS
EESMO

Morte Fetal

Sentimentos/Vivências da equipa de EESMO perante as mulheres/casais
em situação de Morte Fetal

Objetivo da Sessão

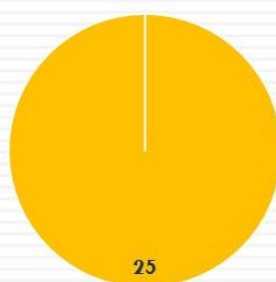
- Divulgar os resultados das entrevistas referentes aos
sentimentos/vivências da equipa de EESMO perante as
mulheres/casais em situação de Morte Fetal

Caracterização da Amostra

AMOSTRA		TOTAL
Serviço de Obstetrícia	6 enfermeiros	25 enfermeiros
Consulta de Saúde Materna	2 enfermeiros	
Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica	17 enfermeiros	

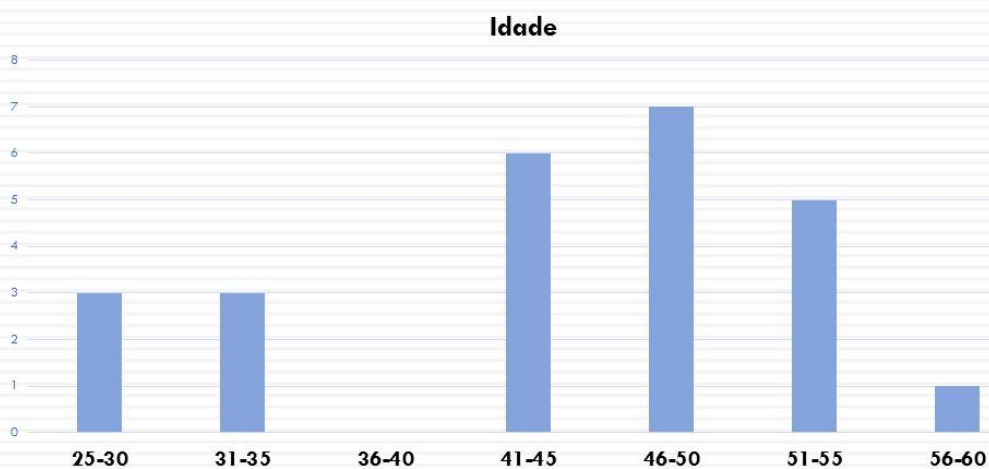
Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Nacionalidade



■ Portuguesa

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

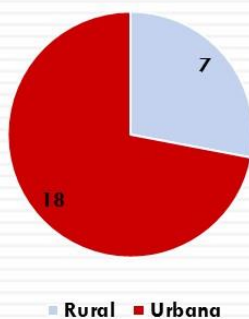


Caracterização Sociodemográfica da Amostra



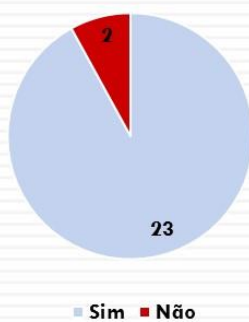
Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Área de Residência



Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Filhos

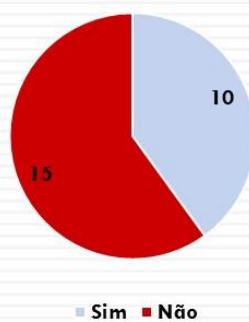


Caracterização Sociodemográfica da Amostra

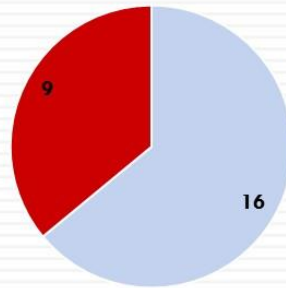


Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Formação na área

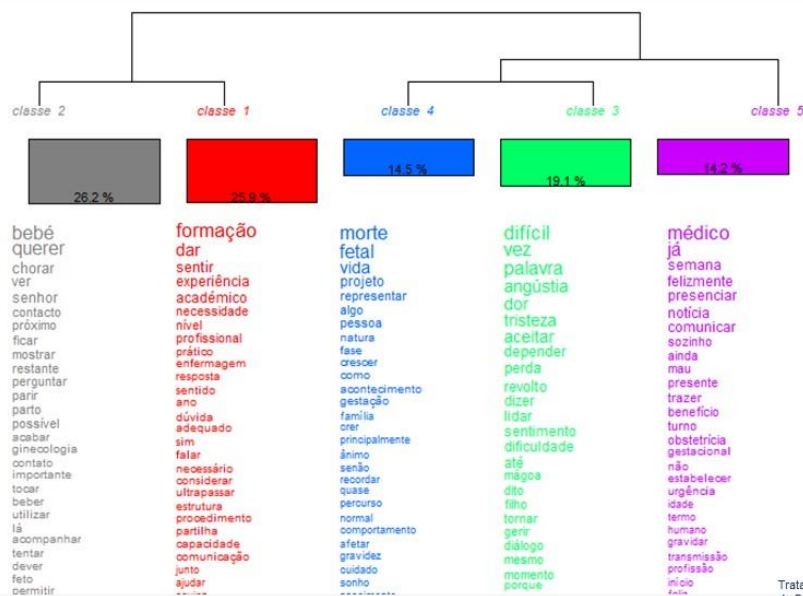


Experiência de Morte Fetal



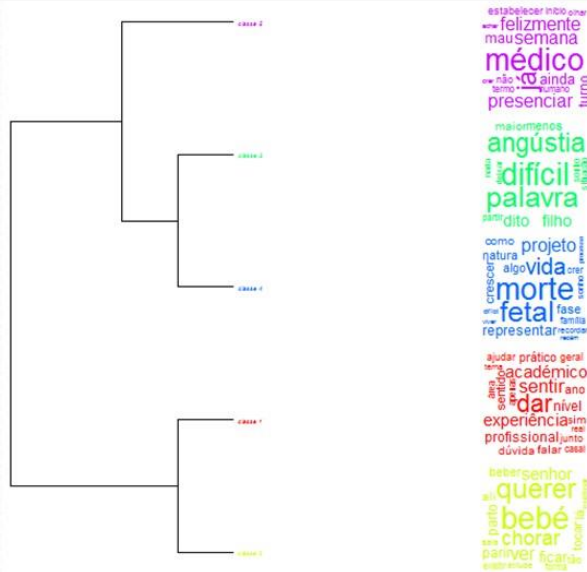
■ Sim ■ Não

Classificação Hierárquica Descendente em Dendograma



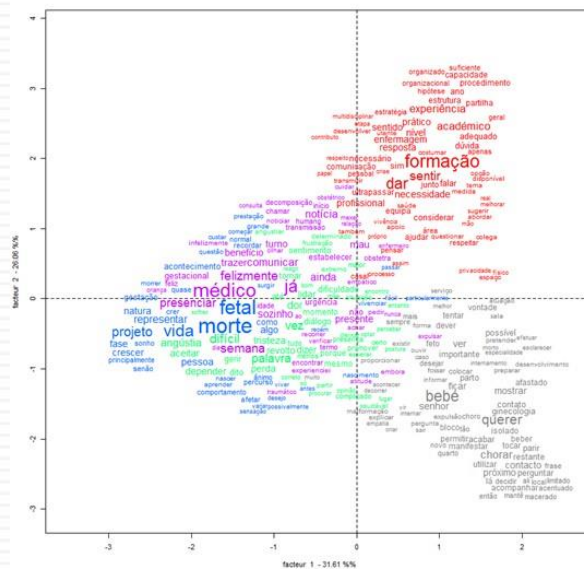
Tratamento de dados através do Programa Iramutec®

Classificação Hierárquica Descendente em Dendograma



Tratamento de dados através do Programa Iramutec®

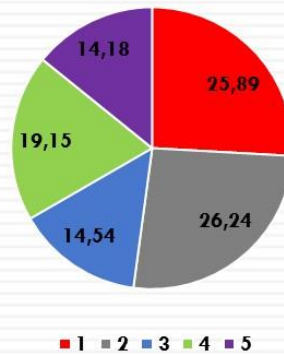
Interligação entre as classes



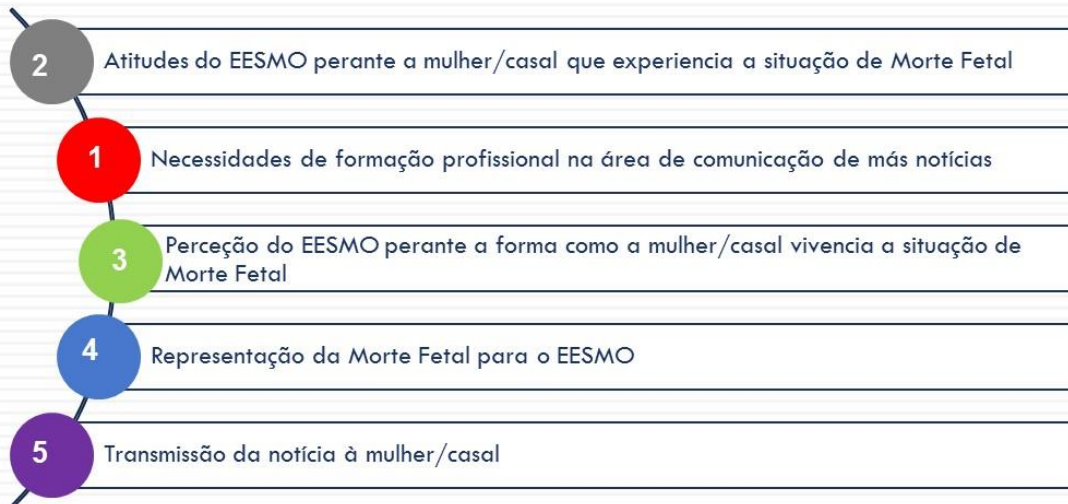
Tratamento de dados através do Programa Iramutec®

Categorias que emergiram das entrevistas - Classes

Agrupamento dos termos em classes (em percentagem)



Categorias que emergiram das entrevistas



Referências Bibliográficas

- Camargo, B.V., & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, 21(2), 513-518. Acedido em 4/04/2016, disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.2-16>.

- Fortin, MF. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação: Lisboa: Lusodidacta.

- Vilelas, J. (2009). Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento. (1.ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.



APÊNDICE P - PROPOSTA DE PROJETO DE ESTÁGIO



Serviços Académicos

Cursos de 3.º Ciclo, 2.º Ciclo e Mestrado Integrado

**PROPOSTA DE PROJETO DE
TESE / DISSERTAÇÃO / ESTÁGIO / TRABALHO DE PROJETO**

**MODELO
T-005**

Ano Letivo:
2015 / 2016

1. DELIBERAÇÃO DO CONSELHO CIENTÍFICO DA ESCOLA

Aprovado Não aprovado

Fundamentação da não aprovação (Esta fundamentação será utilizada para notificação ao estudante):

Data: _____ Assinatura: _____

2. PARECER DO DIRETOR DE CURSO (A ser emitido antes da entrega do projeto nos SAC)

Data: _____ Assinatura: _____

3. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDANTE

Nome Completo: Ana Maria Rodrigues Casalta Miranda

Curso: Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Especialidade: Saúde Materna e Obstetrícia

Número: 35745

Ciclo de Estudos: 3.º Ciclo 2.º Ciclo Mestrado Integrado

4. CONTACTOS DO ESTUDANTE

Telef.: 912627423 / 212071147

E-mail: anacasalta@live.com.pt

5. PROPOSTA

Entrega de 1.º Projeto Entrega de Projeto Reformulado Entrega de 2.º Projeto por Reingresso.

Proposta de Alteração de Projeto

Neste caso, assinala os quadros deste formulário em que propõe alterações (Só deve preencher os respetivos quadros)

6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13.

6. TÍTULO DO TRABALHO

Título em Português:

Quando a morte antecede o nascimento: Atuação do EESMO na Assistência à Mulher que vivência uma Morte Fetal

Título em Inglês:

When the death anticipates the birth: Midwives' Role in Assistance to Womenwho experience Fetal Death.

(IMPRIMIR EM FRENTE E VERSO)

ESTRUTURA

7. TIPO DE TRABALHO (de acordo com o previsto no Plano de Estudos do Curso)

APENAS NO CASO DE PROGRAMA DE DOUTORAMENTO:

Tese **Formato da Tese:** Dissertação sobre o tema de investigação
 Compilação de artigos publicados, obras ou realizações artísticas com exploração escrita
 Outros produtos da investigação realizada com memória justificativa e descritiva

PARA MESTRADO OU MESTRADO INTEGRADO:

Dissertação Estágio Trabalho de Projeto

8. LÍNGUA DE REDAÇÃO

Português Inglês
 Espanhol Francês
 Outra: _____

9. ORIENTAÇÃO (Anexar declaração de aceitação)

Nome: Prof.ª Dra. Maria Otilia Zangão

Universidade/Instituição: _____

Telef.: 266730300 / 963543933 E-mail: otiliaz@uevora.pt

Nome: _____

Universidade/Instituição: _____

Telef.: _____ E-mail: _____

10. ÁREA DISCIPLINAR E PALAVRAS-CHAVE

Área Disciplinar do Trabalho: Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Palavras-chave (5 palavras): Enfermeiro; Mulher; Morte Fetal; Luto

11. DOMÍNIO A INVESTIGAR/TEMA

Contributo da equipa de enfermagem para o desenvolvimento de um processo de luto saudável na mulher que vivencia uma morte fetal.
 Vivências/Sentimentos da mulher que vivencia uma morte fetal.

12. RESUMO

Em anexo.

13. PLANO E CRONOGRAMA

Em anexo.

14. JUSTIFICAÇÃO DA ALTERAÇÃO PROPOSTA (A preencher apenas no caso de no quadro 5 ter escolhido esta opção)

15. DOCUMENTOS ANEXOS

Plano de Trabalho
 Cronograma
 Declaração de Orientador(es)
 Declaração da Unidade Orgânica de acolhimento.
(Deve incluir o(s) Orientador(es), o Projeto ou Equipa de Investigação em que diretamente se enquadra a preparação da Tese) - Apenas para alunos de 3.º Ciclo)
 Outros: Requerimento de
pedido de parecer

16. DECLARAÇÃO E ASSINATURA DO ESTUDANTE

Nos termos do Regulamento conducente ao **Grau de Doutor** ou **Grau de Mestre** em vigor (de acordo com o meu ciclo de estudos), entrego o projeto de Tese/ Dissertação/Estágio/Trabalho Projeto (conforme indicado no quadro 6 deste impresso) do qual, após aprovado pelo Conselho Científico, será efetuado o respetivo registo nos Serviços Académicos na Universidade de Évora. **Declaro que caso efetue alguma alteração a este projeto a ser aprovado** (título, orientador, língua, etc.) **procederei nos termos do referido regulamento, entregando projeto de alteração no prazo máximo de 30 dias antes da entrega da T/D/E/TP..**

_____ Data _____ Assinatura _____

17. RESERVADO AOS SERVIÇOS

Receção <small>(Data e Assinatura)</small>	Registo <small>(Data e Assinatura)</small>	Observações:
---	---	--------------

12. RESUMO

O ciclo de vida humana compõe-se de várias etapas, sendo a primeira o desenvolvimento embrionário, seguindo-se o nascimento, a infância, idade adulta e a última etapa, a morte, o fim da vida. Estas etapas são fenómenos universais, pessoais e únicos. A vida e a morte andam de mãos dadas marcando ambas presença no nosso quotidiano. Por vezes, a morte inverte a sequência lógica do ciclo vital, levando a perdas precoces, tais como aquelas que ocorrem durante a gravidez (Ampese, Perosa & Haas, 2007).

As perdas possíveis de ocorrerem na gravidez podem ser de diferente natureza, nomeadamente interrupção médica de gravidez por malformação fetal, aborto espontâneo, morte fetal, entre outros (Canavarro, 2006). Segundo a Organização Mundial de Saúde (2006), a morte fetal por vezes, consiste na morte anterior à completa expulsão ou extração de um produto de concepção do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, sendo a morte verificada pelo facto de, após a separação o feto não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida.

As expectativas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte, quando os pais são confrontados com uma perda gestacional sentem-se como que atraçoados, enganados e frustrados. Os pais são como que impedidos de vivenciarem o sonho da maternidade, ou seja, experienciam o acontecimento de vida tão poderoso e carregado de um profundo significado, quanto é o nascimento de um filho (Amirali & Dias, 2010).

Quando se perde um filho, perdem-se muitas perspectivas de futuro pois é neles que se depositam sonhos e projetos. Acrescentam ainda que um filho não é apenas uma extensão ou continuidade biológica dos seus pais, mas também psicológica por ter sido um investimento de cuidado, atenção e carinho, sendo a morte vivenciada como uma "perda de um pedaço" de si (Walsh & McGoldrick, 1998).

Segundo Rolim e Canavarro (2006), quanto maior é o período de gestação, mais fortes são os laços que unem mãe e bebé e consequentemente é o sofrimento e pesar causado pela sua perda. A este propósito Freitas (2000) refere que o sofrimento é indiscutível, quando se trata de um filho pois este foi muito esperado e acaentado, havia sonhos e expectativas que terminaram abruptamente. Perante a morte de um filho perdem-se também as expectativas que esses pais construíram, grande parte das vezes antes da concepção dessa criança.

Quando o ciclo gravidez-parto-puerpério experiencia perdas, desencadeia-se um processo de luto, provocando um período de crise emocional que pode ser de difícil elaboração e superação. Neste sentido, Kunuppel e Drukker (1995) ressaltam que os profissionais de saúde devem lembrar-se de que o processo de luto é normal e doloroso e que as expressões de dor e pesar são inevitáveis. Deve-se ter presente que o processo não é estático e que as respostas individuais não são estanques, não seguindo necessariamente a sequência esperada de comportamento, o qual se inicia com ansiedade, seguida de sentimentos de ódio, dor, desespero e finalmente com sentimentos de esperança.

A morte ocorrida no 1º trimestre da gravidez não mostra danos psicológicos tão significativos quanto a partir do 2º trimestre, em que a gravidez é percebida mais concretamente e o sentimento maternidade já está elaborado (Keplan, Sadock & Grebb, 1997). Embora através do estudo desenvolvido por Martins *et al.* (1998) se tenha concluído que independentemente da idade gestacional ou até mesmo que já existam outros filhos, não há modificação quanto à intensidade em relação à perda.

O momento de comunicar à mulher/família o diagnóstico de morte fetal torna-se muito delicado, na medida em que provoca ansiedade e insegurança no profissional de enfermagem responsável pela transmissão dessa má notícia (Montero *et al.*, 2011). Diversos estudos revelam que os enfermeiros encontram dificuldades para abordar e até para empreenderem os cuidados necessários à mulher com perda gestacional (Montero *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2012). As atitudes dos cuidadores podem ser confundidas pela mulher/família como indiferença e frieza, contudo podem refletir a falta de preparação dos mesmos para lidarem com a perda e com o (s) outro (s) que se encontra (m) a vivenciar (em) este processo.

O modo como cada enfermeiro lida com as questões referentes à morte e à dor da perda irá depender de diferentes fatores, tais como: a sua história pessoal de perdas; de experiências com a morte e da elaboração de luto; valores culturais em que está inserido, o que vai influenciar a sua conceção de morte assim como a expressão da sua dor; além da sua formação universitária e capacitação em serviço (Kóvacs, 1996). Para além da responsabilidade e desgaste emocional implicados, as perdas das mulheres/casais acabam por se reverter também em perdas para o enfermeiro, que necessita de reconstruir, diariamente, o seu trabalho de forma válida e significativa para se sentir coerente como pessoa e profissional (Amirali & Dias, 2010).

Diante do exposto, o interesse pela temática da perda/morte gestacional surgiu da necessidade de analisar as práticas de enfermagem perante a mulher que vivência estas experiências, de forma a identificar e corrigir lacunas para melhor intervir no cuidar desta mulher, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Face à realidade do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica (SUOG) do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, Entidade Pública Empresarial, (CHBM, EPE), enquanto Enfermeira Especialista de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) deparo-me, na maioria das vezes, com a dificuldade na comunicação, no acompanhamento e na intervenção à mulher/família, por parte da equipa de enfermagem. O período considerado mais difícil de

intervenção é o que surge imediatamente a seguir à perda, o que exige o estabelecimento de uma relação de ajuda (Pereira, 2008), pelo que considero imprescindível que o EESMO, visto ser o profissional que mantém uma maior proximidade à pessoa, seja detentor de conhecimentos acerca do processo de luto e compreenda as necessidades de quem sofreu a perda, assegurando um ambiente propício à expressão de sentimentos e emoções.

Desta forma, como aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem São João de Deus proponho o desenvolvimento de uma proposta de melhoria, por parte da equipa de enfermagem do SUOG do CHBM, EPE no atendimento às mulheres/casais que vivenciam uma situação de morte fetal e consequentemente de luto.

1.3. PLANO E CRONOGRAMA

PLANEAMENTO DO PROJETO DE MELHORIA

Atividades

- Reuniões com a Enf.ª Diretora, a Enf.ª Supervisora e a Diretora do SUOG do CHBM, EPE;
- Reuniões com a orientadora pedagógica do projeto;
- Definição dos objetivos do projeto e redação do mesmo;
- Preparação e entrega do impresso de proposta de projeto e do formulário de avaliação do mesmo pela Comissão de Ética, nos Serviços Académicos da Universidade de Évora.

IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

OBJETIVO GERAL: Assegurar boas práticas de enfermagem na assistência às mulheres/casais em situação de morte fetal, por parte da equipa de EESMO.

Objetivo Específico I: Analisar sentimentos/vivências da equipa de EESMO perante mulheres/casais em situação de morte fetal.

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da proposta de melhoria; - Aplicação de entrevista à equipa de EESMO do SUOG do CHBM, EPE. 	<p>Recursos Físicos: SUOG.</p> <p>Recursos Materiais: Computador, impressora, data-show, quadro branco e marcadores.</p> <p>Recursos Humanos: Docente Orientadora e equipa de EESMO.</p> <p>Recursos Temporais: março - abril 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as práticas dos EESMO nos cuidados prestados às mulheres/casais que vivenciam a experiência de morte fetal. - Identificar as necessidades da equipa de EESMO na assistência às mulheres/casais que vivenciam a experiência de morte de fetal 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento estatístico dos dados obtidos; - Presenças na sessão de apresentação do projeto; - Inquérito de avaliação (Núcleo de Formação do CHBM, EPE).

Objetivo Específico II: Analisar os sentimentos/vivências das mulheres em situação de morte fetal, face aos cuidados que lhes foram prestados pela equipa de EESMO.

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do projeto à equipa de EESMO do CHBM EPE - Realização de uma entrevista às mulheres que vivenciaram situações de morte fetal e que receberam assistência por parte da equipa de EESMO do SUOG do CHBM, EPE. 	<p>Recursos Físicos: SUOG e Serviço de Ginecologia do CHBM, EPE.</p> <p>Recursos Materiais: Computador, impressora e gravador.</p> <p>Recursos Humanos: Docente Orientadora e utentes.</p> <p>Recursos Temporais: março - abril 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os sentimentos e necessidades manifestadas pelas mulheres entrevistadas face aos cuidados prestados pela equipa de EESMO. - Promover a melhoria na assistência de enfermagem em futuras situações de morte fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenças na sessão de apresentação do projeto; - Inquérito de avaliação (Núcleo de Formação do CHBM, EPE). - Tratamento dos testemunhos recolhidos pelo método de análise de conteúdo

Objetivo III: Habilitar os EESMO (s) do SUOG do CHBM, EPE para a melhoria do processo de humanização no atendimento às mulheres/casais que vivenciam experiência de morte fetal.

Atividades Planeadas	Recursos	Resultados Esperados	Meios de Avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Realização de uma sessão formativa para apresentação dos resultados obtidos; - Realização de sessões formativas com peritos na área: morte fetal/processo de luto; - Elaboração do procedimento sectorial inerente aos cuidados de enfermagem à mulher/casal que vivência uma situação de morte fetal. - Elaboração de um poster inerente à temática em estudo. 	<p>Recursos Físicos: SUOG do CHBM, EPE.</p> <p>Recursos Materiais: Computador, impressora, data-show, quadro branco e marcadores.</p> <p>Recursos Humanos: Docente Orientadora, equipa de EESMO e peritos convidados.</p> <p>Recursos Temporais: abril – agosto 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os elementos da equipa de EESMO para lidarem com mulheres/casais que vivenciam a experiência de uma morte fetal. - Promover momentos de partilha de ideias e de reflexão em grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Presenças na sessão de apresentação do projeto; - Inquérito de avaliação (Núcleo de Formação do CHBM, EPE); - Feedback da equipa de EESMO e das mulheres/casais.

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Ações	MÊS							
	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Realização de Reuniões								
Elaboração do Projeto								
Preparação dos Instrumentos de Colheita de Dados								
Diagnóstico da Problemática								
Realização das Atividades Planeadas								
Elaboração do Relatório Final								
Pesquisa Bibliográfica								

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amirali, K.; & Dias, A. (2010, Outubro-Dezembro). O Nascimento de uma Vida Acabada: Experiências dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Materna e Obstétrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 24, 24-29.
- Ampese, D.; Perosa, G.; & Hass, R. (2007). A Influência da Atuação de Enfermagem aos pais que vivenciam a Morte do Feto Viável. *Bioethikos*, 1 (2), 70-77.
- Canavarro, M. (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. (2 ed.!). Coimbra: Quarteto Editora.
- Freitas, N. K. (2000). *Luto Materno e Psicoterapia Breve*. São Paulo: Summus.
- Lowdermilk, D., Perry, S. Cashion, K. & Alden, K (2013). *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. 10ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Kaplan, H. I.; Sadock, B.; & Greeb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. (7.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kóvacs, M. J. (1996). A morte do outro em si. In Bromberg, M. H. P. F.; Kóvacs, M. J. C.; & Carvalho, M. M. J. *Vida e Morte: Laços de existência* (pp. 99-120). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kunuppel, R. A.; & Drukker, J. E. (1995). *Alto Risco em Obstetrícia: Um Enfoque Multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Martins, A. M.; Quayle, J.; Souza, M. C.; & Zugaib, M. (1998). O impacto emocional materno diante da perda fetal durante a gestação: aspetos qualitativos. *Revista de Ginecologia e Obstetrícia*, 9 (3), 153-159.
- Montero, S. M. P.; Sánchez, J. M. R.; Montoro, C. H.; Crespo, M. L.; Jaén, A. G. V.; & Tirado, M. B. R. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (6), 405-412.
- Organização Mundial de Saúde. (1996). *OMS. Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático*. Genebra: OMS.
- Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2006). Perdas e luto na gravidez e puerpério. In M. C. Canavarro (ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2.ª ed.) (pp 255-296). Coimbra: Quarteto Editora.
- Walsh, F. & McGoldrick. (1998). *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. Artmed.

APÊNDICE Q – AUTORIZAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A INVESTIGAÇÃO NAS ÁREAS DE SAÚDE HUMANA E BEM-ESTAR DA UNIVERSIDADE DE ÉVORA PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO



**Comissão de Ética para a Investigação nas Área de
Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Professor Doutor Carlos Silva, Professora Doutora Felismina Mendes e Professor Doutor Luís Sebastião deliberaram dar, na reunião do dia 12 de Abril de 2016, o Parecer Positivo para a realização do Projeto “Quando a morte antecede o nascimento: Atuação do EESMO na Assistência à Mulher que vivência uma Morte Fetal” dos investigadores Ana Maria Rodrigues Casalta Miranda e Maria Otilia Brites Zangão.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Armando Manuel de Mendonça Raimundo)

APÊNDICE R - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE ESCALA DE AVALIAÇÃO DO
LUTO (WBQ-12)

Correio do Outlook

Procurar em Correio e P... Nova | Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Anular

Pastas

- Caixa de Entrada
- Correio Eletrónico 3
- Rascunhos 2
- Itens Enviados
- Itens Eliminados
- Ana Varios
- Arquivo
- Curso MGF
- escola gui
- Evora
- irs
- mail hospital
- recibos venc
- orçmentos

>> Bom dia Professora Doutora Maria Cândida Koch
 >> Chamo-me Ana Maria Rodrigues Casalta Miranda, e assumo funções de Enfermeira Coordenadora do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica
 >> do Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE. Encontro-me, de momento, a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus.
 >> Estou a desenvolver um projeto na área da Perda Gestacional e encontro-me
 >> a efetuar um procedimento hospitalar interno para a atuação nesta área. Este procedimento contempla o encaminhamento da mulher se necessário, para
 >> a Consulta do Luto da instituição. Para poder proceder à correta avaliação da necessidade de encaminhamento, considero importante a aplicação da versão portuguesa do W-BQ12, cuja validação foi efetuada por si. Consultei
 >> a sua tese de doutoramento, não tendo encontrado o instrumento. Pretendo
 >> saber se existe possibilidade de ceder a utilização da sua escala para este fim. Se existir esta possibilidade, solicito que me faculte a escala.
 >> Com os melhores cumprimentos,
 >> Ana Miranda,
 >> Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
 >> Coordenadora do Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica Centro Hospitalar Barreiro-Montijo, EPE
 >
 >

18:07 16-09-2016

Correio do Outlook

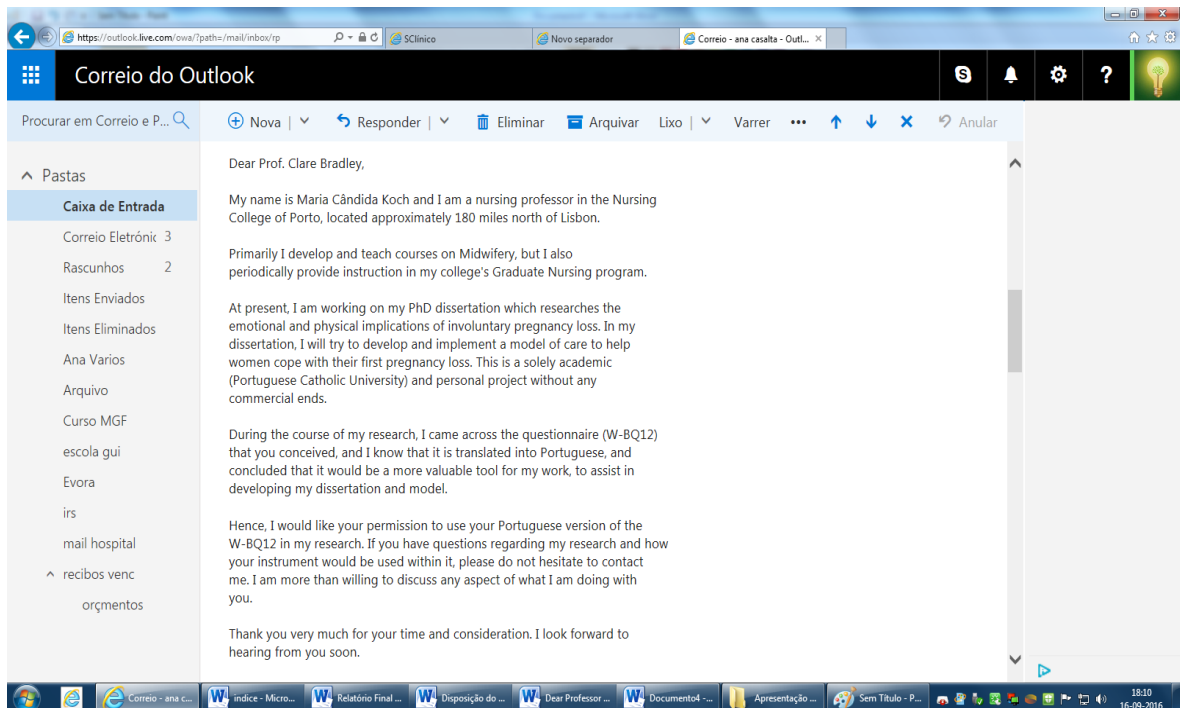
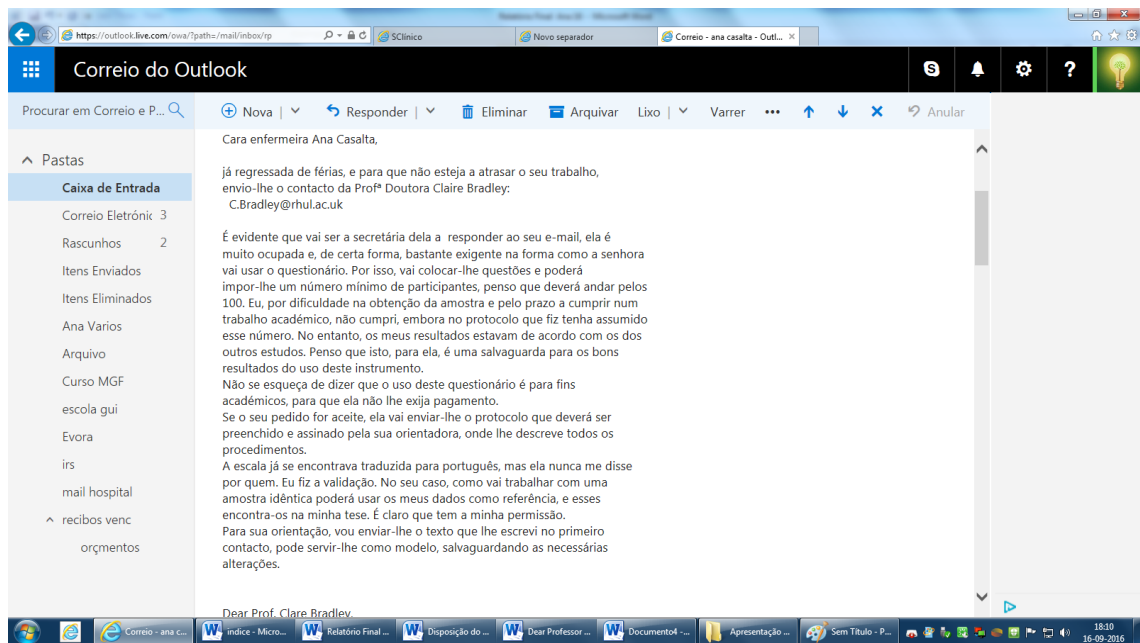
Procurar em Correio e P... Nova | Responder | Eliminar | Arquivar | Lixo | Varrer | Anular

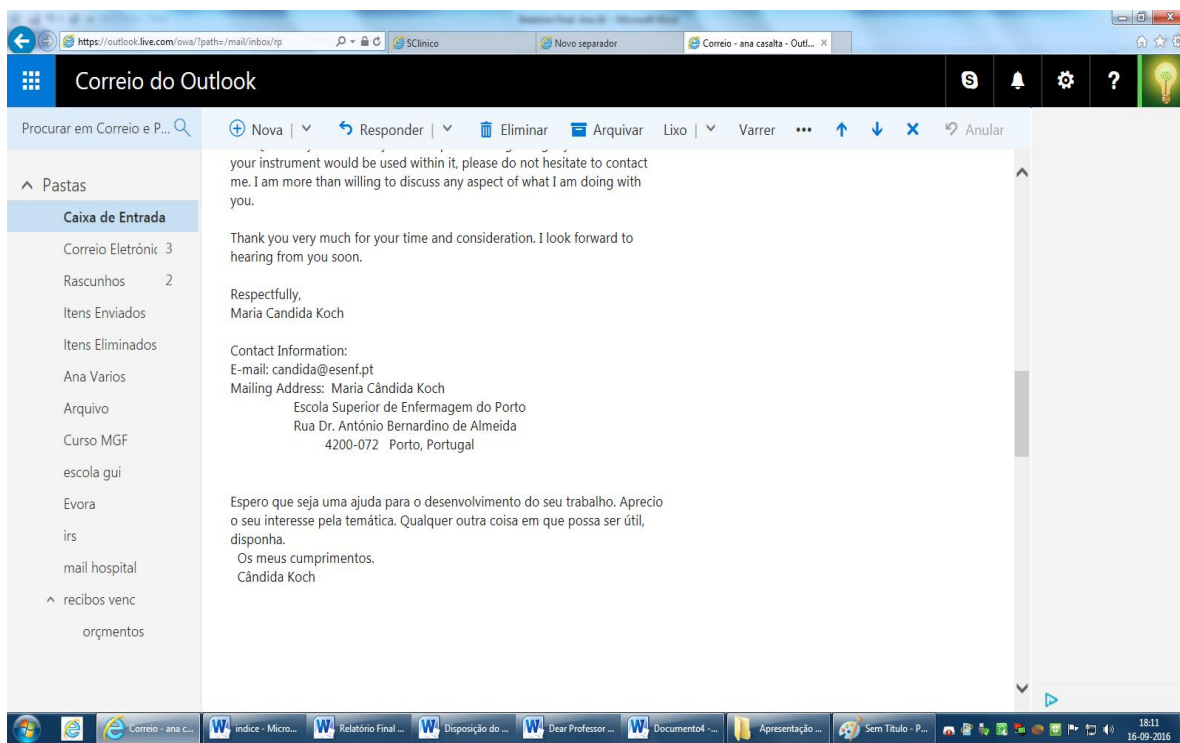
Pastas

- Caixa de Entrada
- Correio Eletrónico 3
- Rascunhos 2
- Itens Enviados
- Itens Eliminados
- Ana Varios
- Arquivo
- Curso MGF
- escola gui
- Evora
- irs
- mail hospital
- recibos venc
- orçmentos

>
 > Os meus cumprimentos
 >
 >
 > Ana Casalta
 >
 >
 > De: candida@esenf.pt <candida@esenf.pt>
 > Enviado: 1 de setembro de 2016 12:58
 > Para: ana casalta
 > Assunto: Re: Pedido de cedência de Escala
 >
 > Cara enfermeira Ana Casalta,
 >
 > O instrumento que utilizei não está presente na minha tese porque a sua utilização carece de acordo prévio com a autora inglesa.
 > Terá para isso de a contactar e estabelecer um protocolo com ela. No meu caso não cobrou qualquer verba, mas é um pouco minuciosa no protocolo. Neste momento encontro-me ainda de férias e fora do país, regresso no dia
 > 6, não tenho por isso possibilidade de lhe facultar os elementos necessários, mas logo que regresso enviar-lhe-ei o contacto da autora e os
 > dados sobre o protocolo.
 >
 > Os meus cumprimentos,
 > Cândida Koch
 >
 >

18:08 16-09-2016





Dear Professor Claire Bradley

My name is Ana Casalta Miranda and I'm the Hospital of Barreiro Maternity Ward Nursing Coordinator. I am a nurse-midwife and am currently a master's degree student of the University of Evora. I am developing a project in Pregnancy loss, which is a theme to which I am very sensitive to, thus choosing to improve nursing care to women and couples who experience this event.

In my project, I intend to diagnose pathological mourning to a sample of 100 women who experience a pregnancy loss, who received care in my Maternity Ward. The results of my sample would be published in an article in the future, after forwarding them to you, for your appreciation.

I hereby request your permission, if possible, to use your W-BQ12 questionnaire in order to evaluate the need of psychological support in this sample after hospital discharge. I've contacted Professor Candida Koch from the Nursing College of Oporto, who validated your questionnaire to the Portuguese population, who referred me to you.

I thank you in advance for taking your time.

Best regards,

Ana Casalta Miranda