



escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

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

Sofia Isabel das Neves Alves

**PERDA PERINATAL: PERSPETIVA DA DÍADE  
PARENTAL**

Coimbra, Janeiro 2018.



escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

---

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

**PERDA PERINATAL: PERSPETIVA DA DÍADE  
PARENTAL**

Sofia Isabel das Neves Alves

Orientadora: Mestre Ana Maria Poço dos Santos, Professora Adjunta, Escola Superior  
de Enfermagem de Coimbra

Coorientadora: Professora Doutora Isabel Margarida Marques Monteiro Dias Mendes,  
Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção  
do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

Coimbra, Janeiro de 2018.

## DEDICATÓRIA

Por ti e para ti filho...



## **AGRADECIMENTOS**

Às Senhoras Professoras Ana Poço e Isabel Margarida por toda a dedicação, empenho, disponibilidade. Um obrigado pelos conhecimentos partilhados, pelas palavras sábias inundadas de saberes e de muita coragem, que fortaleceram e fizeram acreditar, que era possível.

Às mulheres/figuras maternas que participaram no estudo, pela disponibilidade e pela partilha das suas vivências, dolorosas e peculiares, sem elas o estudo não seria possível.

Ao meu marido e aos meus pais, um enorme obrigado: pela compreensão, pela tolerância aos meus períodos de ausência, pela força, pelo incentivo, pelo apoio, pela coragem, pela esperança que depositaram em mim e pelo amor manifestado.

Um agradecimento generealizado, a membros especiais, entre eles família, amigos e colegas da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Palavras de apoio e que inculciam esperança.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**CIPE**- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**Ed** – Edição

**Et al.** – E outros

**EESMO** – Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica

**DGERT** – Direcção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**P.** – Página

**PP.** - Páginas

**PORDATA** – Base de Dados Portugal Contemporâneo

## RESUMO

**Enquadramento:** quando a morte de um filho antecede o seu nascimento significa para os pais a vivência da maior perda das suas vidas, assume-se como um acontecimento inesperado, traumatizante e surreal. As redes de apoio são fundamentais para a elaboração do processo de luto, nesta perda tão particular, que maioritariamente, não é reconhecida pela sociedade. Os profissionais de saúde são igualmente preponderantes para a evolução do processo de luto, de acordo com a assistência proporcionada junto da díade parental no momento da perda e no puerpério. **Objetivos:** descrever o significado da perda perinatal para as mulheres/casais que, vivenciaram a experiência a partir dos seus relatos e identificar a assistência proporcionada à díade parental em situação de perda perinatal, durante o internamento e no puerpério. **Metodologia:** para a interpretação do fenómeno, procedeu-se à elaboração de um estudo de natureza qualitativa, de carácter exploratório e descritivo. Amostra intencional, por bola de neve, ficou constituída por 10 participantes (saturação da informação à décima entrevista), com critérios de inclusão definidos. O instrumento para recolha de dados foi a entrevista semiestruturada, cumpriram-se os procedimentos formais éticos da investigação. Os dados foram interpretados, segundo a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados:** dos relatos das participantes, emergiram 6 categorias principais em redor da perda perinatal na díade parental: construção de uma ligação afetiva; sofrimento existencial; desvalorização social do sofrimento da díade parental; condicionantes da superação no processo de luto; agentes de superação no processo de luto e estratégias de superação no processo de luto. **Conclusão:** o sofrimento e a dor marcam a vivência da perda perinatal. Trata-se de um acontecimento que invoca um processo de luto particular, em que a sociedade em geral, e os próprios profissionais de saúde, não sabem como lidar com os pais. É emergente a formação para que os profissionais de saúde adquiram competências e habilidades para apoiarem os pais neste processo de transição.

**Palavras-Chave:** gravidez, perda fetal, perda perinatal, luto, assistência de enfermagem.

## **ABSTRACT**

**Background:** When the death of a child precedes its birth, parents experience the greatest loss of their lives, being an unexpected, traumatizing and surreal event. The support networks are fundamental to the elaboration of the mourning process in this particular loss, which is mostly not acknowledged by society. Health care professionals are equally preponderant to the evolution of the mourning process, together with the assistance provided by the parental dyad at the moment of loss and at the puerperium. **Objectives:** to describe the significance of perinatal loss to women/couples who experienced it, through their personal reports, and to identify the assistance provided to the parental dyad in case of perinatal loss, during the hospitalization and the puerperium. **Methodology:** to interpret the phenomena, a qualitative, exploratory and descriptive study was performed. Intentionally selected samples by snowball sampling consisted of 10 participants (saturation of the information by the tenth interview) with defined inclusion criteria. Data were collected by semi-structured interviews, in compliance with all ethical and legal research procedures. Data were interpreted according to the Bardin Content Analysis. **Results:** From the participants' reports, 6 main categories related to perinatal loss in the parental dyad emerged: building of an affective bond; existential grief; social devaluation of the parental dyad's grief; conditionings for overcoming the mourning process; overcoming agents in the process of mourning and strategies for overcoming the mourning process. **Conclusions:** suffering and pain mark the experience of perinatal loss. This is an event that evokes a particular mourning process, in which the society in general, as well as health care professionals themselves, do not know how to deal with parents. Training is crucial for health care professionals to acquire skills and abilities to support parents in this transition process.

**Keywords:** pregnancy, foetal loss, perinatal loss, mourning, nursing support

## LISTA DE TABELAS/FIGURAS E DIAGRAMAS

P.

### LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1-</b> Taxas de mortalidade perinatal e neonatal.....	32
<b>Tabela 2-</b> Caracterização sociodemográficas da amostra.....	49
<b>Tabela 3-</b> Caracterização obstétrica da amostra.....	50

### LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1-</b> Fatores que influenciam a reação emocional à perda perinatal.....	35
--	----

### LISTA DE DIAGRAMAS

<b>Diagrama 1-</b> A vivência da perda perinatal na díade parental e suas categorias.....	64
<b>Diagrama 2-</b> Primeira categoria: construção de uma ligação afetiva e respetivas subcategorias.....	65
<b>Diagrama 3-</b> Segunda categoria: sofrimento existencial na perda perinatal e respetivas subcategorias.....	73
<b>Diagrama 4-</b> Terceira categoria: desvalorização social do sofrimento da díade parental e respetivas subcategorias.....	86
<b>Diagrama 5-</b> Quarta categoria: condicionantes do processo de luto na perda perinatal e respetivas subcategorias.....	91
<b>Diagrama 6-</b> Quinta categoria: agentes de superação no processo de luto na perda perinatal e respetivas subcategorias.....	112
<b>Diagrama 7-</b> Sexta categoria: lidar com a perda perinatal e respetivas subcategorias.....	128
<b>Diagrama 8-</b> A vivência da perda perinatal na díade parental, suas categorias e subcategorias inerentes.....	147

## SUMÁRIO

	P.
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>16</b>
<b>1- GRAVIDEZ E MATERNIDADE</b>	<b>17</b>
<b>2- MATERNIDADE E PATERNIDADE</b>	<b>20</b>
<b>3- O DESEJO DE MATERNIDADE E DE PATERNIDADE</b>	<b>24</b>
3.1- LIGAÇÕES AFETIVAS DA DÍADE AO FETO	27
<b>4- A MORTE NO NASCIMENTO</b>	<b>30</b>
4.1- CONCEITOS NA PERDA PERINATAL	31
4.2- DETERMINANTES DAS REAÇÕES À PERDA PERINATAL	34
4.3- O PROCESSO DE LUTO NA PERDA PERINATAL	38
<b>5- ASSISTÊNCIA DOS EESMO À DÍADE/FAMÍLIA</b>	<b>42</b>
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b>	<b>45</b>
<b>1- METODOLOGIA DO ESTUDO</b>	<b>46</b>
1.1- TIPO DE ESTUDO	46
1.2- PARTICIPANTES	48
1.3- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	51
1.4- PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS	53
1.5- PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS	54
1.6- CRITÉRIOS DE RIGOR NA INVESTIGAÇÃO	57
1.7- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	61
<b>2- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>64</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	<b>148</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>154</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## **APÊNDICES**

**Apêndice I-** Consentimento informado.

**Apêndice II-** Guião da Entrevista.

**Apêndice III-** Formulário de caracterização sociodemográfica e obstétrica da amostra.

## **ANEXOS**

**Anexo I-** Parecer autorizado pela Comissão de Ética para a realização do estudo de investigação.

## INTRODUÇÃO

O desejo de ter um filho é inerente e partilhado por grande parte dos indivíduos. Muitos casais planificam a sua vida, em redor deste objetivo de vida comum. Um filho para muitos casais significa alcançar a plenitude da vida.

Deste modo, a gravidez assume-se como um dos acontecimentos mais esperados na vida de um casal. A confirmação da gravidez direciona a mente dos futuros pais a idealizar e a construir conceções mentais sobre o seu bebé, sobre o exercício da maternidade e da paternidade. Santos (2010) descreve que a mulher/casal experimentam experiências únicas, sentimentos singulares durante toda a gestação, sendo caracterizada a gravidez pela autora como um “acontecimento excecional”.

Também as autoras, Sousa, Barradas, Teixeira e Pereira (2014) afirmam que a gravidez é um dos momentos mais especiais e importantes na vida da mulher/casal/família, que termina com o nascimento de um novo ser. Moura-Ramos e Canavarro (2007) acrescentam que o nascimento de um filho simboliza um marco importante, não só na vida dos pais, como para todo o sistema familiar (Moura-Ramos & Canavarro, 2007), principalmente, quando se trata do primeiro filho, e de uma gravidez planeada e desejada (Camarneiro & Justo, 2010; Camarneiro, 2010 citados por Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015). Atualmente os pais com as consultas de vigilância da saúde da mulher já planeiam de forma informada a gravidez, recorrendo às consultas pré-concepcionais, para que no final só o sucesso seja atingível.

Após a confirmação da gravidez, os futuros pais iniciam um processo de interação com o filho in útero, estabelecendo e consolidando uma ligação afetiva, com manifestações de amor eterno. É esperado que tudo decorra e ocorra dentro dos padrões de normalidade, só o sucesso é esperado (Santos, 2010). A magia, o sonho e a plenitude da gravidez afastam ideias ou pensamentos negativos ou destrutivos, relativamente à evolução e progressão da gravidez. Qualquer tema associado a possíveis perdas na

gravidez é impensável, a morte perinatal é impensável (Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014).

Além de impensável deveria ser proibido se quer pensar na morte perinatal, mas infelizmente, a morte perinatal é um facto real nas maternidades. Inverte a sequência lógica do ciclo vital (Ampese, Perosa & Haas, 2007).

Santos (2010) considera que nenhum casal que engravida está preparado para a perda do bebé, porém, é uma verdade cruel mas bem real: os “acidentes obstétricos” acontecem e nem todos podem ser evitados ou antecipados. Muitas das perdas ocorrem de uma gravidez considerada de baixo risco, ou seja, sem qualquer patologia, intercorrência ou sinal prévio associado. Sendo este carácter inesperado que intensifica o choque na díade parental e familiar e dificulta a aceitação (Callister, 2006). Cabral (2005) acrescenta que a morte perinatal inesperada é a mais traumatizante, colocando mais obstáculos ao processo de elaboração do luto.

Quebram-se expectativas, desejos englobados no projeto tão único e particular: o sonho da maternidade (Piccinini et al., 2008 citado por Amthauer et al., 2012). Com a perda do filho desejado e amado estes pais perdem muito mais: perdem a autoestima, perdem o estatuto de pais, a perda do futuro com este filho perdido (Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014).

Com a perda do filho há um bocado destes pais, uma parte que se perde, que migra para um espaço longínquo. Estes pais vivenciam e experimentam sentimentos nefastos, com conotações extremamente negativas. Frequentemente, estes pais perante a perda expressam sentimentos como dor, sofrimento, tristeza, culpa, impotência e frustração pelo insucesso da gravidez (Ampese, Perosa & Haas, 2007).

A perda gestacional pode ter um impacto devastador na saúde mental individual e do casal, nos momentos imediatos e após a perda, porém pode-se intensificar nas gravidezes subsequentes à perda (Woods-Giscombé, Lobel & Crandell, 2010).

Encarando a perda perinatal, como um final inalterável, é emergente um reajustamento, um trabalho junto destes pais, em todo o processo de luto e de redirecionar a vontade de viver e de organização de vida (Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014). As fontes de apoio formais e/ou informais à díade parental são essenciais para a elaboração do processo de luto tão peculiar que é.

Os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica devem estar preparados e capacitados para lidar com os pais/famílias perante a perda perinatal, como um insucesso no âmbito da obstetrícia. Particularmente os enfermeiros de saúde materna e obstétrica, dada a proximidade de cuidados com as mulheres enquanto grávidas/parturientes/puérperas. Porém neste contexto, os profissionais revelam dificuldade na intervenção junto da mulher/casal, sendo a relação de proximidade substituída pelo evitamento. Os cuidados prestados baseiam-se essencialmente nas competências técnicas, sendo a relação afetada pela dificuldade na comunicação e expressão na situação da perda (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015).

Em Portugal os estudos que abordam a perda perinatal são escassos. Cunha (2016) afirma que ao contrário do que a sociedade imagina, em Portugal perdem-se imensos bebés durante a gravidez. Acrescenta que a perda perinatal é um assunto que não é falado, a informação e o apoio fornecido a estes pais é escasso. Segundo a autora o luto é feito em silêncio, geralmente dentro das paredes de casa, pela incompreensão e desrespeito pela sociedade em geral (Idem).

Perante a análise da literatura existente, emergiu a necessidade pessoal e profissional, de estudar o acontecimento da perda perinatal junto da díade parental. Na tentativa de obter respostas para melhor interpretação do acontecimento na vida dos casais enlutados.

Nesta linha de inquietação, foram elaborados os seguintes objetivos para o estudo:

- 1- Descrever o significado da perda perinatal para as mulheres/casais que, vivenciaram a experiência a partir dos seus relatos;
- 2- Identificar a assistência proporcionada à díade parental em situação de perda perinatal, durante o internamento e no puerpério.

O trabalho está dividido em duas partes distintas: a primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, composto, por cinco capítulos distintos: a gravidez e a maternidade; a maternidade e a paternidade; o desejo de maternidade e de paternidade; a morte no nascimento e a assistência dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica à díade/família. Por sua vez, a segunda parte abrange a apresentação e a descrição do estudo empírico. Divide-se em dois capítulos, a metodologia do estudo e a apresentação e discussão dos resultados. Sucede-se a reflexão, que incide nos resultados obtidos no estudo de investigação, para apreender e formular considerações para a

formação/ensino, para a prática e para a investigação no contexto do fenómeno em estudo: a perda perinatal. O presente estudo termina com a conclusão, em que se reflete sobre os resultados referidos pelas participantes e sobre as limitações no estudo.

## PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

## 1- GRAVIDEZ E MATERNIDADE

A gravidez é a experiência mais complexa e misteriosa que a mulher/casal vivencia. Associado a gravidez decorrem inúmeros processos hormonais, fisiológicos e emocionais, assim como a necessidade de adaptação a alterações decorrentes da gravidez. Todo este mistério em redor da construção de uma nova vida: gerar um filho desencadeia sentimentos de felicidade e de realização nos futuros pais. Autores fortalecem o pressuposto supracitado, ao afirmarem que a espera de um filho, em particular o primeiro, é um dos acontecimentos mais importantes na vida da mulher/casal, essencialmente quando a gravidez é planeada e desejada (Camarneiro & Justo, 2010; Silveira & Ferreira, 2011; Camarneiro, 2010 citados por Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015). Santos (2010) acrescenta que a mulher/casal experimentam experiências únicas, sentimentos singulares durante toda a gestação, sendo caracterizada a gravidez pela autora como um “acontecimento excepcional”.

De forma a clarificar toda a transparência do conceito “gravidez”, Burroughs (1992), ainda acrescenta que se trata de um desafio e de uma experiência gratificante e excitante, que pode ser geradora de stresse e de mudanças abruptas na vida dos futuros pais. Mendes (2009) consolida a ideia apresentada, anteriormente, ao considerar que a gravidez é uma experiência de mudança, de renovação e de enriquecimento.

Autores reafirmam os pressupostos supracitados, ao defenderem que a gravidez não é um acontecimento isolado, engloba um conjunto de transformações no âmbito físico, psíquico e social na mulher/casal (Ampese, Perosa & Haas, 2007; Silveira & Ferreira, 2011).

À luz dos pressupostos da psicanálise, a gravidez é uma experiência regressiva que pode levar, essencialmente, a mulher a vivenciar uma experiência regressiva. Em que a mulher pode estar imersa de sentimentos díspares como desamparo e ansiedade, proteção e amparo. Contudo, esta regressão não tem, obrigatoriamente, associada uma conexão negativa, uma vez que nela é evidente um processo de desenvolvimento, em que a mãe se identifica com o seu bebé (Silva, 2008; Winnicott, 1999 citados por

Simas, Souza & Scorsolini-Comin, 2013). Desta forma, a gravidez impõe de uma forma mais clara e evidente à mulher uma reestruturação e um reajustamento na sua vida (Idem).

Simas, Souza e Scorsolini-Comin (2013) consideram que a gravidez e a maternidade são dois acontecimentos que compõe e constituem o ciclo vital, percebidos como marcos de desenvolvimento psicológico para a integração, amadurecimento e expansão da personalidade da mulher, alargando-se ao companheiro. Canavarro (2001) acrescenta que são processos dinâmicos, de construção e de desenvolvimento para a mulher/casal e família.

A gravidez e a maternidade relacionam-se entre si, porém representam realidades diferentes, na dimensão física podem não ser concordantes, porém na dimensão psicológica, ocorre a probabilidade de divergência, nas suas vivências. Analisando, uma mulher pode estar grávida e pode não apresentar capacidades para se adaptar e de realizar as tarefas maternas (Canavarro, 2001; Canavarro, 2006). Não podem ser só visualizados como acontecimentos, devem sim ser identificados como complexos dinâmicos, com durações temporárias distintas e diferenciadas (Canavarro, 2006).

Canavarro (2001; 2006) defende que a gravidez é um acontecimento biológico, que intercede, desde a concepção até ao momento do parto. É-lhe atribuída uma limitação temporal bem definida, período de mais ou menos 40 semanas, 10 meses lunares, 9 meses de calendário ou 280 (Montenegro & Rezende Filho, 2011), e nela o casal prepara-se para se tornarem pais (Mendes, 2009). Psicologicamente, a gravidez possibilita que, a mulher se prepara para ser mãe, conduz ao ensaio de tarefas e de papéis maternos. Durante os nove meses, a gestação é o palco para explicar momentos de ligação materno-fetal, murmurar ansiedades, reflexões e fantasias, conduzindo à construção e consolidação do projeto maternidade (Canavarro, 2001).

Para as autoras Leal (2005) e Canavarro (2006), a maternidade ultrapassa a gravidez, uma vez que descreve que a maternidade é um processo que se deve encarar como que de longo prazo, ou seja, é um projeto de vida, em que o seu início é no momento do parto, e o seu final é indeterminado. A proteção e o ato de cuidar, assim como a beleza de amar estará sempre presente, ao longo do crescimento e do desenvolvimento de um filho (Canavarro, 2001).

A maternidade, por outro lado, pode ser definida como um período de crise, pelas profundas mudanças no foro somático, endócrino e psicológico, que exigem reajustamentos (Rato, 1998). É pertinente recorrer ao termo transição para espelhar os reajustes que a mulher/casal e família têm de procurar e elaborar.

Canavarro (2001) sintetiza que a gravidez e a maternidade são processos de mudanças e de transformações, os quais requerem uma reorganização e uma reestruturação. A readaptação a estes acontecimentos, geradores de stresse, implica a consciencialização e a capacidade de ultrapassar as seguintes etapas: a aceitação da gravidez; a aceitação da realidade do feto; a reavaliação e reestruturação da relação com os próprios pais; a reavaliação e reestruturação da relação com o companheiro; a aceitação do feto enquanto pessoa separada; a reavaliação e reestruturação da própria identidade da mulher. O ato de receber uma nova vida, o filho do casal, as tarefas acumuladas e a serem exercidas, o papel na sociedade são exemplos de contextos onde é necessária a transição, para atingir uma adaptação adequada (Monteiro, 2012).

## 2- A MATERNIDADE E A PATERNIDADE

Com a evolução do tempo emergiram mudanças e condutas diversas, relativamente ao culto do corpo, a beleza do corpo físico. Na maioria das sociedades estabeleceu-se a diferenciação e divisão sexual relacionada com o biológico. Sobre o corpo físico assentam as diferenças entre o sexo feminino e masculino, enaltecendo-se características físicas que demarcam as distinções entre os sexos, assim como diferenciam o exercício do poder (Beauvoir, 1980 citado por Patias & Buaes, 2012). Pela sua condição biológica, às mulheres foi atribuída a maternidade, como destino inevitável (Meyer, 2003 citado por Patias & Buaes, 2012). A identidade feminina foi integralmente definida, pelas representações da maternidade que lhe estão intrinsecamente associadas (Arán, 2003; Beauvoir, 1980; Colling, 2004; Woodward, 2000 citados por Patias & Buaes, 2012).

Na tradição judaico-cristã as mulheres sempre estiveram diretamente relacionadas com os princípios de inspiração e de imolação maternal, salientando a imagem bíblica da mãe exemplar, “Maria” (Badinter, 1989 citado por Mendes, 2009).

Na sociedade patriarcal, a mulher estava incumbida de exercer a sua função social somente associada à maternidade. A permanência no seu espaço, no seu lar, o ato de cuidar da família era somente, o que lhe era permitido (Mendes, 2009; Kehl, 2008 citado por Patias & Buaes, 2012).

Por volta dos anos sessenta surge um movimento feminista que, tenta derrubar a ideia da mulher submissa e passiva, assim como, há uma tentativa para desconstruir os princípios de mãe afetuosa e resignada. Como consequência, a estrutura familiar sofre alterações (Correia, 1998; Mendes, 2009). Após as reivindicações da mulher, identificam-se alterações e mudanças de comportamentos, como resultado da aquisição de um lugar na sociedade, além da esfera privada que lhes era atribuída. Com a

emancipação da mulher, à maternidade podem ser atribuídos diferentes significados (Mendes, 2009; Patias & Buaes, 2012).

Socialmente, ser mãe continua a ser um ato convencional. Contudo, hoje em dia, nas mulheres pós-modernas, ocidentais e de classe média depara-se a presença de um direito fundamental, o direito de escolha. Como já foi supracitada, a emancipação da mulher determinou uma série de conquistas: no mercado do trabalho, no controlo sobre a sua reprodução pela acessibilidade aos métodos contraceptivos, e a peculiar liberdade de opção sobre o desejo de engravidar e quanto à decisão do momento certo para ocorrer uma gravidez (Correia, 1998; Canavarro, 2001). Não deixa também de ser real, que muitas mulheres não sentem o interesse pela maternidade (Canavarro, 2001; Leal, 2001).

Verdade que muitas são as mulheres com a condição biológica presente, que valorizam a figura maternal, e o desejo e a vontade em se tornar mãe, falam mais alto. Mais se intensifica se estiverem inseridas num contexto social, em que a maternidade é valorizada. Desta forma, o desejo de ter um filho enaltece-se de extrema intensidade, que pode facilmente, ser confundido com a sensação de motivação inata. É passível referir, que os fatores históricos e socioculturais condicionam a forma como é percecionada a gravidez e a maternidade (Canavarro, 2001). É possível afirmar que a maternidade emerge na condição de um projeto, em simultâneo e inserido no seio de outros projetos, como é o exemplo de profissionais, económicos (Correia, 1998).

Socialmente, ao homem possuidor de características próprias da masculinidade e das funções reprodutivas foi associado o termo paternidade (Garcia, 2000 citado por Mendes, 2009).

Ao analisar os contributos da História, nas comunidades primitivas, os cuidados paternos eram exercidos pelos tios paternos da criança, ou por outros homens da comunidade. Neste contexto o pai biológico não tinha direito, nem lhe era incumbido o exercício paternal com a criança (Côrrea, 2005 citado por Mendes, 2009).

De acordo com Brazelton e Cramer (1993), até finais do século XVIII o homem era colocado de parte relativamente ao nascimento do filho, a sua presença era indesejada e não era consentida. Posteriormente, ao nascimento, o pai era percecionado como um intruso, não lhe era permitido a presença, enquanto a mãe prestava os cuidados ao filho.

O movimento feminista dos anos sessenta espelhou-se, simultaneamente e automaticamente, na masculinidade dos homens, provocando transformações nas mentalidades. Neste contexto, surgem novas representações para a paternidade. O pai, enquanto progenitor, além do sustento familiar, que lhe é associado desde sempre, começa a ser englobado nos cuidados à criança. A mulher começa a impor ao homem a partilha dos encargos da maternidade, ou seja, o homem começa a assumir o papel de pai ativo nos cuidados ao filho, em qualquer etapa do seu desenvolvimento, responsabilizando-se pelo seu crescimento, e educação (Correia, 1998; Lamb, 1992, 1997 citado por Mendes, 2009).

Juntamente, como reflexo, o homem começa a participar mais na gravidez. O envolvimento e apoio emocional do pai potenciam o desenvolvimento da gravidez favoravelmente, a autoestima do pai e da mãe engrandece-se e fortalece-se a coesão do casal (Bexiga et al, 2002; Prememberg & Lundgren, 2006 citados por Mendes, 2009). O homem está mais consciente da importância do seu papel de pai, reconhece e valoriza a sua envolvimento no acompanhamento e desenvolvimento dos filhos, estabelecendo uma relação afetiva com maior proximidade (Martins, 2002 citado por Mendes, 2009).

A interação, a responsabilidade e a acessibilidade demonstram uma nova consciencialização social do papel do pai na e para a gravidez (Lamb, 1997 citado por Mendes, 2009). A participação do homem na gravidez, faz com que intrinsecamente, sinta que também faz parte do processo. O que tem repercussões na qualidade de vida do casal, minimizando as relações menos conflituosas; pais mais ligados emocionalmente à gravidez demonstram maior predisposição para responder às necessidades de apoio e compreensão das esposas/companheiras (Piccinini et al., 2004 citados por Freitas, Coelho & Silva, 2007).

Hoje em dia os casais procuram de forma equitativa uma maior envolvimento parental, daí que de forma mais habitual e regular, temos os futuros pais a acompanhar e a participar ativamente no período pré-natal, no momento do parto e nos pós-parto. O que se deve a uma nova consciencialização em redor do significado de planejar e de ter um filho (Mendes, 2009).

A maternidade e a paternidade são fenómenos complexos inerentes ao ciclo dos humanos, com todas as suas particularidades e especificidades exigem uma adaptação a

um novo elemento: o filho. Maternidade e paternidade são então, considerados processos de transição.

Por transição, entende-se como uma passagem por uma fase, de condição ou de estatuto, para outro, ao longo da vida. Pela complexidade que lhe é atribuída, o conceito abrange: processos de mudança, situações de rutura devido ao objetivo não atingido, percepções e consciencializações individuais e padrões de resposta à transição decorrente (Meleis, 2010).

No ciclo de vida um indivíduo experimenta imensas mudanças que se espelham na vivência de sucessivas transições. De todas as transições, tornar-se pai ou mãe é uma transição especialmente crítica porque é permanente e o grau de sucesso com que é realizada implica diretamente a saúde dos pais, como interfere com a saúde e desenvolvimento do filho. Implica constantes aprendizagens e readaptações constantes, perante os novos papéis adquiridos (Martins, 2013).

Transição é um conceito contemporâneo que surge da teoria de crise. Assume-se como um conceito primordial nas ciências sociais e na área da saúde, sendo para os enfermeiros considerado um elemento central para e no cuidado (Meleis, 2010).

Para as autoras, Canavarro e Pedrosa (2005) a maternidade e a paternidade na transição para a parentalidade possuem muitos aspetos comuns e outros muito específicos. As autoras ao citarem Cowan e Cowan (1985) referem que a transição masculina é mais demorada no tempo, ocorre uma consciencialização e preparação interior, enquanto homem/pai cuidador e prestador de cuidados ao bebé. A transição feminina engloba transformações mais bruscas, ocorre um desvio da organização da vida que tinha anteriormente (Relvas, 2001 citado por Canavarro & Pedrosa, 2005).

Logo neste contexto, o enfermeiro especialista de saúde materna e obstétrica deve acompanhar os pais na sua transição para a parentalidade. Considerado um agente facilitador para os pais e família que experiencia a transição, o enfermeiro recorre as todas as suas habilidades e competências, de modo a intervir na construção de mudanças de atitudes e de comportamentos, para que a transição ocorra de uma forma saudável e eficaz, visando a saúde e o bem-estar (Meleis, 2010).

### **3- O DESEJO DE MATERNIDADE E DE PATERNIDADE**

O desejo de a mulher se “tornar mãe” e de o homem se “tornar pai” está intrinsecamente relacionado com a história individual de cada um e da dimensão do desejo que é atribuída por ambos. O desejo assenta nas fantasias que cada um dos pais apresenta da sua própria infância, assim como dos cuidados parentais que percecionam ter recebido (Zornig, 2010). As representações parentais sobre o bebé surgem muito antes do seu nascimento, ao olhar para a infância das meninas e adolescentes, desde cedo estão implícitas as representações maternas sobre o desejo de ter um filho, ao refletir sobre as brincadeiras com as bonecas e fantasias que vivenciam naquele contexto de imaginação (Stern, 1997 citado por Zornig, 2010).

A maternidade e a paternidade são percecionados como vivências naturais no ciclo vital de qualquer indivíduo. Verdade é que, subjacentes a estes conceitos estão inúmeras influências culturais, representações sociais, crenças e valores (Mendes, 2009).

Quando um casal deseja, pensa e planeia ser pai e mãe de um filho está a ir ao encontro de objetivos de vida, intensificam-se e consolidam-se de relações, sendo um ato de amor gerar uma vida. Contudo, para Canavarro (2001), a tomada de decisão de ter um filho deverá ter em consideração as representações da maternidade para a mulher, assim como, as representações da paternidade, para o pai. O que a autora pretende salientar é que deve haver um consenso entre o casal, de modo a que não haja sobreposição destas representações.

Matlárý (2000) citado por Monteiro (2012) considera que a maternidade e a paternidade são dos acontecimentos mais importantes nos termos desenvolvimentais, assentam, num processo de transição onde emergem mudanças constantes e sucessivas. Complementando, o nascimento de um filho, mesmo num contexto de gravidez planeada e desejada, conduz à vivência de um processo irreversível, em que ocorre a transformação de identidade, a reformulação de papéis e de funções, nos pais e restante família (Colman & Colman, 1994; Canavarro & Pedrosa, 2005).

Mendes (2009) acrescenta que o nascimento de um filho traduz um novo ciclo na vida do casal, ocorre uma mudança de perspectiva e de reorganização familiar, e simultaneamente, é exigido um aumento da responsabilidade, para alcançarem um novo equilíbrio (Figes, 2001).

O projeto da maternidade e da paternidade requer uma consciencialização que mais que ter um filho, torna-se preponderante que a mulher e o homem adquiriram conhecimentos e competências para o desempenho de funções de mãe e de pai (Leal, 1990 citado por Mendes, 2009). Neste ideal, pode-se afirmar que a maternidade e a paternidade constroem-se antes da concretização real da gravidez, permite recuar aos momentos de planeamento da gestação, toda a fase pré-concepcional (Mendes, 2009).

O nascimento de um filho garante a continuidade entre gerações e subjacente, ocorre a transmissão de heranças genéticas, de costumes, de valores e significados (Canavarro, 2001).

A mulher ser mãe e o homem ser pai é um dos momentos mágicos e mais complexos no decurso da vida humana. Um fenómeno da natureza que abrange sentimentos e emoções diversas, díspares, inexplicáveis, congruentes e incongruentes.

Após a confirmação da gravidez, tanto a mulher, como o casal e restante família predispõe de nove meses para se adaptarem aos novos papéis reconhecidos socialmente. Ensaiam papéis e tarefas, que facilitam a ligação afetiva ao bebé. No decorrer deste limite temporal a mulher/casal e família podem referir ansiedades, fantasias e reflexões associadas ao projeto maternidade/paternidade (Canavarro, 2006).

Os futuros pais iniciam o processo de ligação afetiva para com o filho, processo que se consolida com o avançar das semanas de gestação. Com o avanço da idade gestacional os futuros pais começam a construir no seu íntimo o papel parental, recorrem lembranças de como foram cuidados pelos seus pais e idealizam como irão exercer as funções de pai e de mãe. É através desta relação de afetos que se revela o desejo, a aceitação dos pais para receber o filho desejado. Colman e Colman (1994) defendem que a ligação da mãe/casal com o bebé constrói-se com a vivência de diversas fases, são elas: o planeamento da gravidez, a confirmação da gravidez, a perceção dos movimentos fetais, a aceitação do feto como um ser individual, a experiência do parto, o desejo de ouvir e de tocar o bebé.

### 3.1- LIGAÇÕES AFETIVAS DA DÍADE AO FETO

“(...) O conceito de ligação é mais abrangente no que diz respeito à construção de representações de interações relevantes e significativas na formação de laços emocionais (...).” (Mendes, 2002, p.48)

No decorrer da gravidez começam a emergir sentimentos e emoções, e até algumas inquietações nunca sentidas, relativas à evolução da gestação, assim como, sobre o futuro da mesma. Como já foi acima referenciado, logo após a confirmação da gravidez, a mãe e o pai começam a demonstrar comportamentos e atitudes que têm um objetivo único, iniciar uma relação precoce com o filho, que se encontra e que adquire aptidões dia após dia no ventre materno.

No primeiro trimestre enaltecem-se medos: o de perder o bebé e o medo de que algo possa correr mal (Santos, 2015). Quando estes medos estão expostos, a aceitação da gravidez está inerente. A aceitação na dimensão psicológica é como se fosse um pré-requisito para a ligação, isto é, a aceitação motiva a mãe a se relacionar com o bebé, como sendo parte de si (Colman & Colman, 1994; Rubin citado por Mendes, 2002). Estabelece-se uma relação de dependência, no âmbito biológico, mas também de domínio afetivo, que dá origem a uma ligação ativa e recíproca entre mãe e filho (Rolim & Canavarro, 2001).

No segundo trimestre, os movimentos fetais percebidos pela grávida, representam a afirmação que existe uma vida no seu ventre, a consciencialização de que está a criar um ser (Colman & Colman, 1994). Ocorre a distinção do feto como um ser separado, para o qual mãe é detentora de total responsabilidade e proteção para o seu cuidado (Soares, 2001; Corbett, 2006). Em que o homem observa as transformações no corpo da mulher no decorrer da gravidez, o abdómen que cresce e através dele, o pai sente as manifestações de existência do seu filho, com os espantosos e encantadores pontapés, na sua mão, sussurrando o seu nome, através desta ligação afetiva, o homem, também, fantasia o seu bebé (Corbett, 2006; Mendes, 2009).

A ligação afetiva do pai ao filho pode ser tão intensa como a relação afetiva da mãe, uma vez que durante a gravidez e a forma como se envolvem nela assim se assumem

como premissas da relação estabelecida (Corbett, 2006). Contrariamente, autores consideram que por vezes, os pais não conseguem estabelecer uma ligação afetiva sólida com o bebé, ou seja, este processo afetivo pode ser elaborado mais lentamente, havendo uma consolidação após o nascimento e com o desenvolvimento da criança (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1997 citados por Simas, Souza & Scorsolini-Comin, 2013). Estudos abordam a nova perspectiva de paternidade, em que a relação precoce pai-bebé tem vindo a ser estimulada e, simultaneamente, considerada fundamental para o desenvolvimento da criança (Neubauer, 1989; Parke, 1996 citados por Knob, Piccinini & Silva, 2009).

A mãe deve consciencializar-se que ela própria acaba por, ser agente de ligação entre o pai e o filho, proporcionando ao companheiro a elaboração de laços afetivos. Ao integrar o pai na relação com o filho, transmite-lhe sentimento de pertença e de uma enorme envolvimento (Zagonel, Martins, Pereira & Athayde, 2003).

A ligação dos pais ao bebé é fortalecida com parâmetros observáveis e sensoriais como: os movimentos fetais e os registos ecográficos (Klaus & Kennel, 1993; Canavarro, 2001). Os movimentos fetais são respostas a estímulos, os pais vão interiorizando e apreendendo estas respostas de forma a haver uma interação entre a díade e o feto, ou seja, uma “adaptação mútua” (Mendes, 2009, p.39).

As ecografias possibilitam o contacto precoce entre a díade parental e o bebé, os pais por um período de tempo observam o filho, como se de um encontro se tratasse com o bebé real, antes do seu nascimento. Há o reconhecimento do sexo de bebé, o que permite nomeá-lo e torná-lo menos desconhecido aos pais (Klaus & Kennel, 1993). Trata-se de um reconhecimento carregado de simbolismo, uma vez que impõe a escolha do nome para o bebé, que conseqüentemente, o torna cada vez mais real e autónomo no ventre da mãe. O nome influencia positivamente a interação e intensidade da ligação afetiva entre a díade parental e o bebé (Raphael-Leff, 1997 citado por Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004). O registo ecográfico assume-se, então, como um aspeto marcante e preponderante para a relação da díade parental com o bebé (Klaus & Kennel, 1993). Há um despertar cognitivo na díade parental para embalá-lo “in útero” cantando, sussurrando, sempre com um gesto de conforto no abdómen materno, como se de uma carícia se tratasse (Canavarro, 2001).

No último trimestre, a ligação mantém-se fortalecida, prevê-se um aumento da comunicação entre a díade parental e o bebé, maior percepção dos movimentos fetais e, conseqüentemente do crescimento do bebé. Crescem as expectativas relacionadas com o nascimento, e visualiza-se um maior investimento dos pais (Rolim & Canavarro, 2001). Simultaneamente, neste período existe na mente materna, consciencialização e posteriormente uma preparação, para o momento do parto em que irá decorrer a separação (Mendes, 2002). Neste momento a idealização quanto ao bebé continua, a mãe/casal pode divagar no mundo das características e traços de personalidade, que ela pensa serem associáveis ao seu bebé, tendo em conta os seus movimentos in útero (Corbett, 2006).

Golse (2002) citado por Zornig (2010) distingue quatro tipos de representações parentais para o bebé:

- A criança fantasmática, representação que os pais têm separadamente sobre o filho, tendo em consideração a história individual de cada um dos pais;
- A criança imaginária, surge como representação menos inconsciente construída pelo casal, assenta em características imaginadas e projetadas para a criança, como por exemplo, o sexo da criança;
- A criança narcísica, representação que se relaciona com os ideais que os pais têm para a criança, começam a pensar de como será o filho na sucessão geracional;
- A criança mítica, esta representação está implícita com o social, ou seja, está diretamente relacionada com determinada sociedade, circunscrita a um momento.

As representações parentais sobre o filho esperado e desejado irão influenciar o tipo de interação estabelecida entre a díade parental e o bebé. A clareza destas representações facilita o aparecimento de ligações afetivas (Zornig, 2010), e conseqüentemente, permite a rutura do modelo tradicional de pai (Freitas, Coelho & Silva, 2007).

#### 4- A MORTE NO NASCIMENTO

“Quando um pai morre, perdemos o nosso passado, quando um filho morre, perdemos o nosso futuro”. (Anónimo)

As palavras “amor” e “morte” são inerentes à Vida. Verdade é que a morte faz parte da vida, sendo-lhe atribuída uma realidade, como certa para todos os indivíduos, mas que se mantém oculta. A morte é considerada um tema tabu, que ninguém quer ou gosta de falar (Oliveira, 1998). O autor utiliza a metáfora ao fazer referência à morte como se de uma meta se tratasse e a vida encarada, como uma corrida, em que a meta pode ser cortada a qualquer momento. A morte impõe-se a todas as idades: “(...) Desde o nascimento que se pode lançar uma ponte entre o berço e o caixão, feito das mesmas tábuas”. (Oliveira, 1998, p.7)

A gravidez é considerada um fenómeno biologicamente normal, descrito como o acontecimento mais fascinante na vida da mulher, do casal, família. Há a evidência do desenvolvimento, do crescimento de uma vida semana após semana. Contudo a gravidez planeada e desejada pode ser interrompida (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015), por acidentes obstétricos, que na maioria das vezes não podem ser antecipados ou evitados (Santos, 2010).

Correia (1998) corrobora o pressuposto supracitado, ao considerar que existe uma conexão entre a vida e a morte durante a gestação, e no momento crucial que é, o momento do parto. Gravidez simboliza a vida e alegria (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015), em nenhum momento remete à perda concreta e finita. Quando a perda emerge, destrói toda a simbologia da vida, provoca marcas profundas e traumáticas no casal e nos familiares e amigos, que vivenciam a terrível experiência da perda (Santos et al., 2012; Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014). A perda interrompe a gravidez na sua plenitude, termina com a interação da díade parental com o filho, arrasta para a privação de uma série de significados: a perda da maternidade; a perda do filho amado, real ou imaginado; a perda da autoestima por sentirem que falharam no papel parental, como protetores; a perda do estatuto social enquanto pais; a perda existencial na continuidade geracional e a perda do futuro antecipado ou imaginado com o filho (Leal, 2005; Koch, Santos & Santos, 2012; Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014).

Santos (2010) descreve que a mortalidade fetal é uma realidade, porém nenhuma mulher/casal no seu estado gravídico está preparado psicologicamente e emocionalmente para este facto. É esperado que tudo decorra e ocorra dentro dos padrões de normalidade, só o sucesso é esperado, o bem-estar materno e fetal, assim como o bem-estar já enquanto puérpera e do seu filho é o esperado.

Raramente a mulher/casal/familiares pensam em ideias negativas, pois toda a magia erradica e afasta essas ideias, a morte fetal, a perda inesperada é impensável (Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014). Kersting e Wagner (2012) corroboram afirmando que as perdas na gravidez são imprevistas e inesperadas, motivo pelo qual os pais não têm tempo para antecipar a dor, ou para se prepararem para o acontecimento. Para Cabral (2005), a morte inesperada é a mais traumatizante, podendo advir aspetos dificultadores ao processo de luto.

Weiss (1998) citado por Rollim e Canavarro (2001) classificou as perdas precoces como as mais dolorosas, no foro psicológico. O autor denomina por perdas precoces, todas as perdas que ocorrem durante a gravidez, no momento do parto, ou nas primeiras semanas após o nascimento, estão abrangidas as situações de interrupção da gravidez; a morte perinatal e as anomalias congénitas com ou sem morte do bebé.

Por ser súbita e imprevista, a morte perinatal é também considerada, um acontecimento potencialmente traumático para as mulheres/casais e restantes elementos da família (Rolim & Canavarro, 2001).

#### 4.1- CONCEITOS NA PERDA PERINATAL

Nos últimos anos tem-se verificado um decréscimo no número de mortes fetais e perinatais, resultante do avanço da tecnologia que, permite rastreios antecipados e pormenorizados de eventuais complicações durante a gestação ou no momento do parto. A implementação de protocolos de vigilância obstétrica mais acessível, as técnicas de diagnóstico pré-natal e de vigilância fetal pré e intraparto, assim como a melhoria de cuidados perinatais justificam o decréscimo (Amaral, Cordeiro & Soares, sd).

Porém, embora cada vez mais escassos os acontecimentos trágicos de mortes perinatais, na verdade são situações que continuam a acontecer, muitas vezes de forma inesperada e numa fase avançada da gestação.

Segundo o PORDATA, Portugal tem as seguintes taxas de mortalidade perinatal e neonatal:

**Tabela 1- Taxas de mortalidade perinatal e neonatal**

Anos	Taxa - ‰	
	Taxa de Mortalidade Perinatal	Taxa de Mortalidade Neonatal
2006	4,6	2,1
2007	4,4	2,1
2008	4,0	2,1
2009	4,6	2,5
2010	3,5	1,7
2011	3,9	2,4
2012	4,2	2,2
2013	3,4	1,9
2014	4,1	2,1
2015	3,9	2,0
2016	3,7	2,3

Fontes de Dados: INE - Indicadores Demográficos

Fonte: PORDATA - Última atualização: 2017-05-02

De acordo com a fonte supracitada, os conceitos analisados na tabela são descritos da seguinte forma:

- Taxa de Mortalidade Neonatal corresponde ao número de crianças que morre antes de completar 28 dias de idade por cada 1000 crianças nascidas com vida.
- Taxa de Mortalidade Perinatal corresponde ao número de fetos mortos a partir das 28 semanas de gravidez e de mortes de crianças até uma semana de idade por cada 1000 nascimentos num determinado período de tempo e numa dada área geográfica.

Nogueira, Costa, Pinto, Alves e Rosa (2013) clarificam:

Mortalidade fetal – corresponde ao número de óbitos in útero, em fetos com 28 ou mais semanas de gestação.

Mortalidade neonatal – corresponde ao número de óbitos em crianças que, tendo nascido vivas, não completam o 28.º dia. Do conceito pode-se ainda diferenciar: o período neonatal precoce (óbitos de crianças com menos de 7 dias) e o período neonatal tardio (óbitos de crianças com mais de 7 e menos de 28 dias).

Mortalidade perinatal – corresponde à ocorrência de óbitos in útero, em fetos com 28 ou mais semanas de gestação, e de óbitos de crianças recém-nascidas com menos de 7 dias de idade. Engloba a mortalidade fetal e a mortalidade neonatal precoce (Idem, p.5).

A Organização Mundial de Saúde define morte fetal como a morte do produto da gestação antes da completa expulsão ou extração do corpo da mãe, no curso ou após as 20 semanas completas de gestação. O óbito é confirmado pelo facto de que, após esta separação, o feto não respira ou demonstra qualquer sinal de vida como: batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical e/ou movimentos musculares voluntários e definidos (World Health Organization, 2006).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2002) as mortes fetais podem ser classificadas da seguinte forma:

- Mortes fetais precoces: quando ocorrem até às 22 semanas completas de gestação;
- Mortes fetais intermédias: quando ocorrem com mais de 22 semanas até às 28 semanas de gestação;
- Mortes fetais tardias: quando ocorrem depois das 28 semanas completas de gestação.

Por sua vez, o termo “perda gestacional” engloba um conjunto de situações de perda que podem ocorrer durante toda a gestação, no momento do parto ou após o parto. O aborto espontâneo, a morte fetal, a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez e a interrupção voluntária da gravidez são situações designadas como perdas gestacionais (Public Health Agency of Canada, 2000 citada por Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

De acordo com Walsh e McGoldrick (1998), o conceito de “perda” na perspetiva familiar sistémica, é um processo transaccional que envolve a pessoa morta e os

sobreviventes num ciclo de vida em comum. Em que se reconhece tanto a intuito da morte, como a continuidade da vida. Restabelecer o equilíbrio na família, neste processo é a tarefa mais difícil. É emergente uma adaptação à perda, que não significa uma aceitação completa e absoluta da perda. Contrariamente, a adaptação exige a procura de formas de posicionar a perda, na dimensão de seguir em frente com a vida.

Na perda fetal, Rolim e Canavarro (2001) ao citarem Bluglass (1984) consideram que, a quanto mais avançado o período gestacional, maior é a ligação da díade com o filho. Resultante um maior sofrimento no contexto da perda. Porém, as autoras acrescentam que as reações à perda, que ocorrem na gravidez e/ou puerpério dependem da ligação ao bebé e do investimento colocado na gravidez, não havendo necessariamente, uma relação diretamente proporcional com a idade gestacional. Moulder (1994) citado por Camarneiro, Maciel e Silveira (2015) reforçam, considerando que o sofrimento dos pais está relacionado com a “intensidade, consistência e a valência” da ligação afetiva que depositam na gravidez, e não tanto com a idade gestacional.

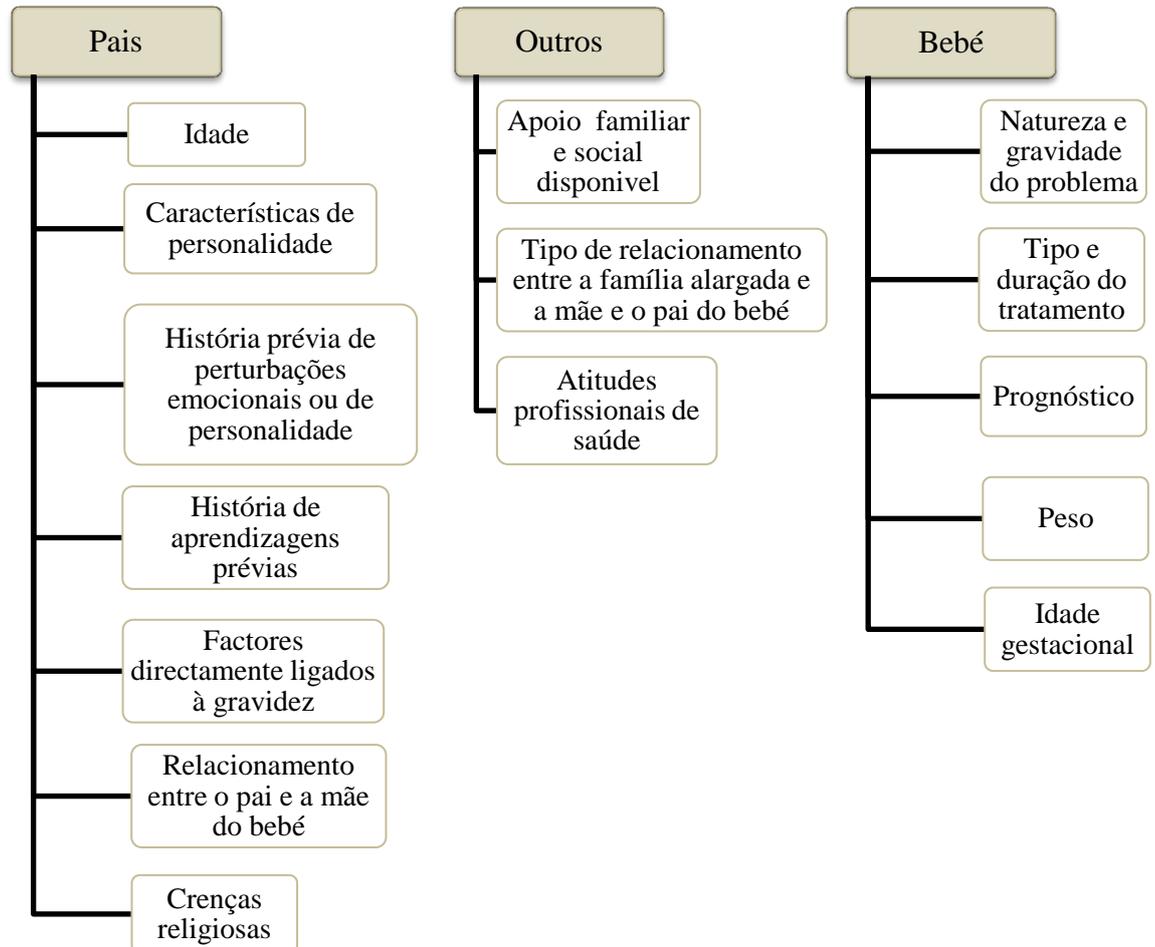
#### 4.2- DETERMINANTES DAS REAÇÕES À PERDA PERINATAL

Independentemente do tipo de perdas supracitados, há uma verdade única, quando surgem na vida do casal e família, acarreta reações emocionais intensas, as quais resultam da interação de variadas dimensões, inerentes a três participantes fundamentais: os pais, os bebés e os outros (Rolim & Canavarro, 2001).

Os pais vêm-se arrastados para sentimentos nefastos repletos de dor e de sofrimento, quando recebem a notícia da morte do filho desejado. A perda perinatal simboliza a perda de um projeto de vida, demarcado por fatores como: o papel do bebé na vida da mãe/casal; a idade da mãe, a idade gestacional em que ocorreu a perda; as causas e circunstâncias em que ocorreu a perda, o contexto social e psicológico no momento e muito importante, a personalidade da mãe. Na figura 1 estão presentes, estes e outros fatores que podem influenciar e determinar a forma como os pais reagem à perda. As relações entre os vários fatores são fundamentais para a elaboração do processo de luto (Rolim & Canavarro, 2001). Walsh e McGoldrick (1998) enfatizam que os fatores que

influenciam o impacto da morte são diversos, e consequentemente, determinam a natureza e a resposta de uma família.

**Figura 1 – Fatores que influenciam a reação emocional à perda perinatal, segundo Rolim e Canavarro (2001).**



Das reações à perda podem-se identificar sentimentos e emoções como tristeza, solidão, culpa, raiva, irritabilidade, vazio, ansiedade, choque, desespero e desamparo, como manifestações emocionais; a baixa autoestima, confusão, dificuldades de concentração, falta de memória, e preocupação com o bebé, como manifestações cognitivas; a agitação, fadiga, choro e isolamento, como manifestações comportamentais; e sintomas como o aperto no peito, nó na garganta, dificuldade em respirar, palpitações, falta de energia, insónia e pesadelos, enquanto manifestações fisiológicas (Rolim & Canavarro, 2001).

Rolim e Canavarro (2001) afirmam que as perdas que ocorrem no terceiro trimestre da gestação têm maiores repercussões e maior impacto, do que as perdas que acontecem nos trimestres anteriores. As autoras justificam a ideia supracitada, com base na ligação e comunicação da díade parental com o bebé, a percepção nítida e vigorosa dos movimentos fetais, a confirmação do crescimento e desenvolvimento físico do bebé através do seu abdómen e o aumento de expectativas que a díade demonstra relativamente à prestação dos cuidados especializados.

A reação dos pais à morte de um filho é quase sempre catastrófica, torna-se difícil conciliar o antagonismo da gravidez: como processo de originar a vida, e da morte (Keating & Seabra, 1994). A perda perinatal é, assim, considerada um fenómeno delicado e complexo, em que ocorre uma sobreposição de duas perspetivas com a mesma génese: uma corresponde à morte em si própria, a outra espelha a quebra de expectativas inerentes à gestação, o qual se assume como um momento sinónimo de vida e não com um desfecho irreversível, com uma perda concreta e finita (Amthauer et al, 2012). Há o confronto com a perda, e quebram-se expectativas, desejos englobados no projeto tão único e particular: o da maternidade (Duarte & Turato, 2009; Piccinini et al 2008 citado por Amthauer et al, 2012). A perda de um filho é sempre um traumatismo ligado à perda de um objeto de amor em pleno investimento narcísico e libidinal (Keating & Seabra, 1994).

Os pais vivenciam sentimentos de culpa quanto à proteção desempenhada ao bebé durante toda a gestação, invocam o papel parental, questionam-se relativamente a culpas e possíveis negligências. O choque gela estes pais, a aceitação da realidade nem sempre é possível, pois na verdade é como se uma réstia de esperança no mais inconsciente permanecesse que no acordar de um novo dia, tudo seria mentira. Porém é um desfecho inalterável e tem que haver um reajustamento, um trabalho junto destes pais em todo o processo de luto e de redirecionar a vontade de viver e de organização de vida (Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014).

Segundo autores as mulheres tendem a sentir mais a perda do filho do que os maridos/companheiros apresentam um luto mais intenso e com mais manifestações (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010). Tal se deve a ligação afetiva entre a mãe-filho, que tem como maior explicação, o facto de ter sido no corpo da mulher que o filho se desenvolveu. Tal motivo, também, elucida os sentimentos que as mulheres tendem a expressar perante a perda, nomeadamente, a culpa, pela traição do seu corpo

(Walsh & McGoldrick, 1998). A mulher/mãe experiencia conflitos de ambivalência emocional, o que dificulta o desenvolvimento do luto, impedindo a aceitação da perda. Ao homem/pai associa-se uma maior aceitação da morte do filho (Morelli, Scorsolini-Comin & Santos, 2013). Fruto do papel construído socialmente, ao pai é atribuído toda a responsabilidade pelo cuidado da família e de servir de suporte, físico e emocional, à mãe/mulher/companheira, que se encontra num estado muito vulnerável (Wallerstedt & Higgins, 1996 citados por Tavares, 2013). Condicionantes que levam a que o pai demonstre uma maior dificuldade em desabafar e exprimir os seus sentimentos (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

A diferença nas vivências dos cônjuges, em que um aceita a perda e o outro rejeita, completamente, pode levar ao surgimento de conflitos e divergências nas atitudes e comportamentos do casal (Idem). A perda perinatal coloca o casal numa situação vulnerável, pelo efeito devastador que pode ter no casamento e na própria saúde de ambos. A deterioração da vivência conjugal pode em alguns casos, levar à separação (Walsh & McGoldrick, 1998). É fundamental que o casal respeite a sua forma individual de lidar e de elaborar o processo de luto. Uma comunicação aberta facilita o processo de recuperação do casal, dando lugar à confiança mútua, à tolerância e ao apoio (Walsh & McGoldrick, 1998). A tolerância a diferentes reações é necessária, para que o casal se reconstrua e alcance, novamente, a sua identidade (Walsh & McGoldrick, 1998; Santos, 2015).

Tavares (2013) cita Kamal e Rusli (2010) para demonstrar a importância da família e dos amigos, na elaboração e resolução do luto. No estudo elaborado, os autores enfatizam a necessidade de um suporte psicossocial e de apoio emocional da família e amigos após a perda perinatal. A família e amigos podem ajudar o casal a tomar decisões (por exemplo, para os rituais fúnebres), aconselhar para a partilha de sentimentos, experiências e necessidades (Callister, 2006 citado por Tavares, 2013). A carência deste apoio pode confinar o casal ao isolamento social, o que pode dificultar a elaboração do luto (Keating & Seabra, 1994).

Os grupos e associações de apoio também desempenham um papel preponderante para a elaboração do luto. Uma vez que assumem, como um espaço único e livre, onde o casal pode expressar os seus sentimentos e emoções, partilhados pelos outros casais, verificando que o sofrimento e o desespero que exteriorizam vão de encontro ao padrão de normalidade do grupo (Leon, 1990 citado por Tavares, 2013). Nestes espaços de

partilha há compreensão, interajuda, não há lugar para a censura e para a desvalorização.

Ao nível das instituições, a intervenção de uma equipa multidisciplinar também é determinante para o processo de luto. Klaus & Kennel (1993) acrescentam que os profissionais de saúde devem desempenhar estratégias e intervenções, na concretização das seguintes tarefas, junto do casal e familiares: ajudar na elaboração da perda, tornando-a real; detetar reações normais à perda, sem passar pelo processo de luto patológico e atender às necessidades específicas e individuais dos pais.

Na verdade elaborar o processo de luto pela perda de um filho é uma tarefa extremamente complexa, que arrasta para um sofrimento sem fim para a mulher/casal e restantes familiares (Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014), ao confrontarem que há um término da ligação afetiva construída e alimentada durante a gravidez (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006). É a morte mais nefasta de todas as mortes, que reverte e contraria as expectativas geracionais (Walsh & McGoldrick, 1998; Carvalho & Meyer, 2007; Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014).

#### 4.3- O PROCESSO DE LUTO NA PERDA PERINATAL

“O luto é um período de tempo que necessitamos de viver, após a perda de uma pessoa que nos era muito querida, para que todos os momentos belos que com ela partilhámos se transformem em doces e suaves memórias”.

(Rebelo, 2006, p.56)

Nos tempos da Idade Média, a morte de uma criança era, simplesmente, desvalorizada, uma vez que a criança era percecionada como um ser personalidade. Meados do século XIX, as conceções sobre a morte de uma criança sofreram mudanças, começa a ser interpretado como um acontecimento importante. Às crianças que partiam eram-lhes associados lugares distintos no céu, sendo atribuída a designação de “anjos” ou de “santos”, pelas mães. Desta forma, a morte de uma criança começou a ser valorizada e percecionada como um acontecimento de tristeza profunda (Chiattonne, 1998 citado por Carvalho & Meyer, 2007).

Segundo Barbosa e Neto (2010), no processo de luto identificam-se duas componentes essenciais: a perda e a reação à própria perda. A perda pode-se classificar como real ou simbólica. A perda real corresponde à perda de uma pessoa, animal ou objeto querido, por sua vez, a perda simbólica equivale à perda de expectativas e de idealizações. É passível afirmar que, a perda real abrange componentes do mundo físico, que é palpável e atingível, já a perda simbólica incide na esfera do que é imaginável (Idem). Recorrendo às clarificações dos autores, pode-se dizer que a perda perinatal enquadra-se na perda real, do filho objeto de amor, e simultaneamente, na perda simbólica, uma vez que ao perder o filho destroem-se todas as expectativas e idealizações futuras, que os pais durante a gravidez foram construindo e planejando nas suas mentes.

Rios, Santos e Dell'Agio (2016) consideram que o luto na perda perinatal assenta numa perda ambígua, ou seja, não há perceptibilidade do objeto perdido. Geralmente, as perdas ambíguas dão origem a processos de luto não reconhecidos na esfera social, em que se intensificam sentimentos nos pais e familiares, de raiva, de culpa, de medo e de vergonha. Walsh e McGoldrick (1998) ao citarem Lewis (1976) corroboram considerando, os natimortos, os abortos espontâneos e/ou provocados são perdas ocultas, que por serem desconhecidas aos olhos da sociedade, são percebidas como “não eventos”, transformando a perda, ainda mais dolorosa.

O processo de luto referente à perda de um adulto é, na maioria das vezes, retrospectivo, uma vez há a possibilidade de recordar, associar lembranças à pessoa no seu passado. Quando se trata da morte de uma criança, o luto é prospectivo, com ela morrem os desejos, as esperanças, as expectativas e as fantasias para o seu futuro (Cabral, 2005; Rato, 1998).

Ao fazer referência ao processo de luto que estes pais vivenciam é preponderante definir o conceito de “luto” e de “luto familiar”, segundo a CIPE:

Luto é:

“Emoção: Sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque e descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou solução, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorganização, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da

perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas acerca do futuro (fase de aceitação)”. (OE, 2011, p. 64).

Luto familiar é:

“Processo de Luto: Experienciado pela família após a perda de um ente querido ou de algum bem material ou imaterial, com manifestação de sofrimento acompanhado por sintomas físicos e emocionais em mais do que um membro da família, ambiente familiar de luto e sofrimento, tristeza partilhada e desorganização temporária das rotinas familiares”. (OE, 2011, p. 64).

O processo de luto predispõe a inúmeros sentimentos e comportamentos comuns e muito perceptíveis após uma perda. No processo de luto normal estão inerentes reações fisiológicas, emocionais, cognitivas e comportamentais, perante a aceitação da perda e para a readaptação do *self* face à realidade (Grinberg, 2000; Nave, 2013 citados por Tavares, 2013).

As pessoas que sofrem com a vivência de uma perda têm de enfrentar uma nova realidade, tem que ocorrer um confronto para dar lugar à aceitação. A aceitação da perda passa por ir enfrentando as fases do luto, as quais são indispensáveis para que o processo de luto ocorra eficazmente (Worden, 1998). Contudo, o processo de luto é um trabalho pessoal de adaptação à perda, e um processo individual no que diz respeito à duração de tempo e na sequência das suas fases. Muitos autores defendem que no processo de luto, as fases são sobrepostas, em que a delimitação destas fases não se processa de forma linear (Barbosa & Neto, 2010), grande parte compartilha a opinião que não se trata de um processo vivido por fases (Keating & Seabra, 1994).

Por sua vez, Worden (1998) reconheceu quatro tarefas necessárias para o processo de luto:

- 1- A aceitação da perda: é extremamente importante para a elaboração do processo de luto que a mulher/casal, família reconheça que a perda é irreversível, ou seja que aceitem que a perda do filho é real. Muitas vezes, este contacto com a realidade da perda surge aquando a realização de rituais fúnebres;

- 2- A elaboração da dor da perda: a mulher/casal, família tem que se permitir a sentir, a expressar e a manifestar a dor, para que seja possível a atribuição de um significado;
- 3- A adaptação ao ambiente: a mulher/casal, família tem que demonstrar habilidades para uma reorganização na vida, sem o filho perdido presente, há necessidade de repensar papéis e ajustar tarefas;
- 4- A capacidade de prosseguir com a vida: a mulher/casal, família tem que em termos emocionais consolidar a ausência do filho perdido, e determinar objetivos na e para a vida, para que esta continue.

Para o autor, as quatro tarefas têm que ser desempenhadas e concluídas para que seja feita a caminhada na elaboração do processo de luto (Idem).

O processo de luto pode durar anos, pelas particularidades do luto na perda perinatal, a duração de todo o processo pode ser mais longa, prosseguindo um tempo indefinido, sendo que datas marcantes como o aniversário da perda, épocas festivas em contexto familiar, podem evocar novamente a sensação de perda e intensificar a dor (Walsh & McGoldrick, 1998; Silva & Nardi, 2011; Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014).

Considerado um fenómeno natural, não patológico, mas que pode facilmente enveredar para um processo de luto patológico, quando presentes manifestações mais perturbadoras e de longa duração, quando comparando com a resposta ao luto normal (Kersting & Wagner, 2012). A dor e o sofrimento são intrínsecos ao luto normal, e são respostas emocionais consideradas necessárias e saudáveis no processo de luto. A ausência destas respostas pode indiciar um desvio para uma perturbação psicológica (Rolim & Canavarro, 2001). Autores afirmam que quanto mais avançada a idade gestacional no momento da perda, maior a probabilidade de diagnóstico de perturbação de stress pós-traumático (Daugirdaité, Akker & Purewall, 2015 citados por Mourão, 2016).

Gesteira, Barbosa e Endo (2006) sintetizam que a perda de um filho conduz a uma vivência de luto específica, que requer adaptações, na dimensão individual, na dimensão conjugal, no sistema familiar e na própria sociedade.

## **5- ASSISTÊNCIA DOS EESMO À DÍADE/FAMÍLIA**

As maternidades são instituições às quais estão associadas conotações positivas, há uma ligação direta com magia do nascimento, da vida de um novo ser (Lemos & Cunha, 2015a). Após o nascimento, imediatamente, os pais desempenham as novas funções da parentalidade, com raios de luz, a transbordar de alegria e uma forte emoção positivista perante o que a vida lhes oferece. Porém, as maternidades também podem ser palco de outras vivências durante a gestação ou no nascimento, particularmente, quando ocorrem situações de morte perinatal (Lemos & Cunha, 2015a). Dando lugar a um espaço sombrio, onde o silêncio que se instala dói, chegando a ferir a alma dos pais e família, e também, dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde, no dia-a-dia, intervêm e prestam cuidados para salvar vidas, lidam com a vida. O que justifica a enorme dificuldade, que eles demonstram em lidar com a morte (Pires, 2010 citado por Lemos & Cunha, 2015b). A morte, em especial a morte na maternidade, representa no psiquismo tudo o que é difícil de dizer, e de atribuir significado (Freire, 2005 citado por Lemos & Cunha, 2015b). A perda perinatal assume-se como um insucesso para os pais e para os profissionais de saúde envolvidos.

Os profissionais de enfermagem são frequentemente confrontados com estes contextos dramáticos, com casais e restantes familiares em processo de luto. Pela proximidade que é inerente enfermeiro-cliente, é fundamental que os enfermeiros adquiram conhecimentos e que explorem a temática do luto, nomeadamente as suas fases e a apreensão do processo de luto normal e patológico (Rolim 2001 citado por Antunes & Patrocínio 2007; Freitas & Freitas, 2011 citado por Monteiro, 2012).

No âmbito da atuação da enfermagem é emergente a existência de condutas que vão de encontro às necessidades destes casais, a fuga na abordagem não é viável para quem precisa de cuidados, apesar de ser o “solo mais seguro”, é necessário cuidar atendendo às especificidades e particularidades destas pessoas singulares – é a essência da profissão do enfermeiro: o “CUIDAR”. De todos os profissionais de saúde, os

enfermeiros são os que, frequentemente, passam mais tempo juntos dos clientes e respectivas famílias, motivo pelo qual devem demonstrar perícia nas formas e técnicas de comunicação terapêutica, para a promoção da saúde e de bem-estar. A comunicação humana é uma importante ferramenta terapêutica para os enfermeiros, dando origem ao elemento central na assistência em Enfermagem – a relação de ajuda (Sequeira, 2016). Morse (2001) citado por Antunes & Patrocínio (2007) enfatiza a ideia referindo que os enfermeiros estão capacitados para cuidar do sofrimento, para o compreenderem e para dar respostas às necessidades de quem sofre.

Neste contexto específico, na morte fetal, o enfermeiro especialista de saúde materna logo na unidade de internamento materno-fetal, com continuidade no bloco de partos, assim como a exercer funções nos cuidados de saúde primários, deve procurar junto da grávida/parturiente/puérpera/ casal, na atitude de cuidar, não substituir a mulher/casal, mas sim procurar mecanismos que os ajudem na situação de dor e de sofrimento. A essência do cuidado do enfermeiro especialista de saúde materna é compreender e interpretar esta experiência de dor, de sofrimento e, simultaneamente arranjar estratégias, intervenções que componham o seu plano de cuidados – exercem um olhar, uma observação de carácter profissional, com vista interações, também elas de carácter terapêutico (Antunes & Patrocínio, 2007).

Sintetizando a informação supracitada:

“O enfermeiro interage (*Interação*) com o ser humano numa situação de saúde-doença (*cliente de enfermagem*), ser humano que é parte integrante do seu contexto sociocultural (*ambiente*) e que está a viver uma transição (*transição*). As interações enfermeiro-cliente organizam-se em torno de uma intenção (*processo de enfermagem*) e o enfermeiro utiliza algumas ações (*terapêuticas de enfermagem*) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (*saúde*)”.

(Meleis & Trangenstein, 1994 citados por Basto, 2012, p. 14).

Cabe ao profissional de enfermagem proporcionar um ambiente favorável à expressão de emoções. Porém, também é verdade que a mulher/ o casal pode demonstrar um atitude de evitamento, como que se presença da revolta e da negação, conduzissem ao evitamento da dura realidade. No entanto, é importante consciencializar que este confronto com a realidade é necessário e fundamental para a construção do processo de luto. Assim como devemos despertar para comportamentos possíveis de realizar, na

ocorrência do conforto com a realidade: o conhecimento do filho, a visualização de fotos, o manuseamento de roupas, de objetos que seriam para ele (Antunes & Patrocínio, 2007).

O enfermeiro especialista de saúde materna para conseguir alcançar os objetivos traçados junto destas mulheres/casais que padecem um vazio constante no coração, com a perda do filho devem ter presentes enunciados essenciais para uma abordagem mais direcionada:

-Proporcionar ambiente seguro e adaptativo, através da escuta empática e ativa;

-Facilitar à verbalização, a exploração, a reflexão e o desbloqueio de sentimentos, preocupações, pensamentos, significações, expectativas, crenças e necessidades pessoais;

-Respeitar a cultura, raça, religião e valores do casal (Rolim, 2001 citado por Antunes & Patrocínio, 2007).

Os profissionais de enfermagem, nomeadamente os especialistas em saúde materna devem refletir e repensar acerca das suas atitudes e comportamentos perante situações de perda. Pode ser difícil de encarar, daí a “fuga” ser a atitude mais fácil de exercer, e não se pode ignorar que acima de profissionais são “pessoas individuais”, porém enquanto profissionais de saúde têm de arranjar formas de resolver os seus próprios conflitos, para que seja possível cuidar, dar o apoio necessário aos casais.

## PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

## 1 – METODOLOGIA DO ESTUDO

“A fase metodológica consiste em definir os meios de realizar a investigação. É no decurso da fase metodológica que o investigador determina a sua maneira de proceder para obter as respostas às questões de investigação ou verificar as hipóteses”.

(Fortin, 2009, p. 53)

### 1.1- TIPO DE ESTUDO

A metodologia utilizada insere-se na investigação qualitativa. Cujas apresenta cinco características, segundo Bogdan e Biklen (1994):

- 1- “Na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal”;
- 2- “A investigação qualitativa é descritiva”;
- 3- “Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos”;
- 4- “Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva”;
- 5- “O significado é de importância vital na abordagem qualitativa”.

Na investigação qualitativa os investigadores abordam o mundo de forma minuciosa e atenta, a todos os pormenores. Considerando que toda a parte tem um potencial, para ser encarada como uma pista, para a compreensão do objeto de estudo (Idem). As investigações qualitativas englobam-se no paradigma naturalista ou interpretativo, onde as realidades assentam nas perceções dos indivíduos, sujeitas a alterações de acordo com o contexto temporal (Fortin, 2009). Os investigadores qualitativos assentam, fortemente, na ideia que existem muitas realidades, passíveis à elaboração de significado dos acontecimentos estudados.

Não subscrevem uma só verdade pelo facto de as pessoas compreenderem e vivenciarem experiências diversas (Streubert & Carpenter, 2002; Fortin, 2009).

Fortin (2009) corrobora considerando que a investigação qualitativa baseia-se: “(...) na descrição de modos ou de tendências e visa fornecer uma descrição e uma compreensão alargada de um fenómeno. (...) os fenómenos são únicos e não previsíveis e os esforços são orientados para a compreensão total do fenómeno estudado. (...)”. (p.27).

A investigação qualitativa nas ciências da saúde propõe-se não só estudar o fenómeno em si, mas também procurar entender o significado do fenómeno, na vida dos clientes, numa dimensão individual, familiar, coletiva e social (Turato, 2005).

A enfermagem assume-se como uma ciência humana prática, pelo que através da metodologia qualitativa procura compreender o ato de cuidar das pessoas, baseando a sua prática na preocupação da multidimensionalidade das mesmas (Mendes, 2009). LoBiondo-Wood e Haber (2001) consideram a enfermagem como uma ciência e uma arte e por sua vez, a investigação qualitativa combina as dimensões científicas e artísticas da profissão de enfermagem, para aumentar a compreensão da experiência humana. Streubert e Carpenter (2002) reforçam os autores supracitados, acrescentando que no exercício da profissão de enfermagem é obrigatório enveredar por um tipo de investigação que, permita obter as formas mais significativas de “descrever e de compreender as experiências humanas”.

Ramos (1989) citado por Streubert e Carpenter (2002, p.44) considera que “a investigação constitui um delicado balanço entre os princípios de investigação rigorosa e uma preocupação genuína com o bem-estar do paciente”. A investigação em enfermagem proporciona aporte de conhecimento científico especializado que consolida a profissão de enfermagem, pelo facto de precipitar e responder a desafios que sofrem alterações constantes (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

O presente estudo insere-se, então numa abordagem qualitativa, de tipo descritivo, de carácter exploratório. A investigadora seleccionou como acontecimento; a perda perinatal. Descrito como um fenómeno complexo da experiência humana, a investigadora propõe-se ao estudo do fenómeno, na sua profundidade e na sua totalidade, de modo a construir uma nova realidade, com sentido para as pessoas que vivenciaram a experiência da perda perinatal (Fortin, 2009). Pelas particularidades, esta modalidade de investigação é a que mais se adequa, uma vez que é direccionada à

compreensão de comportamentos, fenómenos e acontecimentos adotando uma postura interpretativa (Bogdan & Biklen, 1994).

## 1.2- PARTICIPANTES

Nos estudos qualitativos, os investigadores acedem ao termo “participantes”, os quais se assumem como elementos ativos no estudo (Streubert & Carpenter, 2002, p.25). Atendendo aos objetivos do estudo, optou-se por uma seleção dos participantes, não probabilística e intencional, por bola de neve. “A lógica e o poder da amostra intencional está na seleção de casos ricos de informação para estudar em profundidade” (Patton, 1990 citado por Streubert & Carpenter, 2002, p. 66). No estudo participaram pessoas que vivenciaram a perda perinatal, ou seja, vivenciaram o mesmo fenómeno. A amostra intencional do estudo foi acedida pela participação de eventos alusivos à temática da perda gestacional: *workshops* de encontro de mães.

Previamente, foram definidos critérios de inclusão para a participação no estudo:

- Mulheres/casais que vivenciaram o acontecimento de morte perinatal com mais de 28 semanas de gestação;
- Mulheres/casais que não demonstrem constrangimento em falar sobre o acontecimento; mulheres/casais que aceitem participar voluntariamente no estudo.

Estes critérios permitiram a seleção dos participantes, no sentido de se obter informação para responder aos objetivos de investigação. Inicialmente, no início do estudo foi proposto estudar o casal, porém, devido à dificuldade presencial da figura paterna, o participante ativo ficou restrito à figura materna. Havendo informação correspondente ao casal, na sua complexidade e especificidades, relevantes para o estudo.

Nos estudos de natureza qualitativa, o número de participantes alusivos ao estudo não é definido antecipadamente, está diretamente relacionado com dados recolhidos. O investigador recorre à saturação de dados para determinar o número de participantes (Fortin, 2009). O termo saturação corresponde à repetição de informação encontrada e à confirmação dos dados colhidos, ou seja, os temas e as categorias repetem-se (Morse, 1994 citado por Streubert & Carpenter, 2002; Fortin, 2009). O investigador reconhece a

repetição e constata que novos participantes confirmariam os achados existentes e não resultaria em novas ideias ao estudo (LoBiond-Wood & Haber, 2001; Streubert & Carpenter, 2002). Deste modo, quando a investigadora percebeu certa concordância na análise e as novas informações confirmavam as anteriores, considerou atingir o nível de saturação das informações, tendo sido atingido à décima entrevista.

**Tabela 2- Caracterização sociodemográfica da amostra**

		<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Meio Residência</b>
<b>A</b>	Mãe	31	12º Ano	Auxiliar de serviços	Rural
	Pai	27	12º Ano	Motorista Internacional	
<b>B</b>	Mãe	32	12º Ano	Administrativa	Rural
	Pai	36	12º Ano	Eletricista	
<b>C</b>	Mãe	37	12º Ano	Operadora Caixa	Urbano
	Pai	32	Mestrado	Engenheiro Informático	
<b>D</b>	Mãe	31	Licenciatura	Supervisora Call Center	Urbano
	Pai	30	Licenciatura	Engenheiro Industrial	
<b>E</b>	Mãe	33	Licenciatura	Administrativa	Urbano
	Pai	34	Licenciatura	Engenheiro Informático	
<b>F</b>	Mãe	37	Licenciatura	Professora	Urbano
	Pai	46	12º Ano	Bombeiro	
<b>G</b>	Mãe	32	Bacharelato	Rececionista	Urbano
	Pai	42	12º Ano	Agente de Viagens	
<b>H</b>	Mãe	31	Licenciatura	Técnica Superior de Neurofisiologia	Rural
	Pai	33	Licenciatura	Gestor de Marketing	
<b>I</b>	Mãe	38	Licenciatura	Docente	Rural
	Pai	41	12º Ano	Motorista	
<b>J</b>	Mãe	41	Mestrado	Engenheira Civil	Urbano
	Pai	43	Mestrado	Docente Ensino Superior	

No estudo participaram dez mulheres, com uma média de idades igual a 34,3 anos. Por sua vez a média de idades dos cônjuges/companheiros é igual a 36,4 anos. Apresentam uma escolaridade equivalente ao 12º ano, três mulheres e cinco homens, e ensino superior sete mulheres e cinco homens. Relativamente a nível laboral todas as participantes, e os respetivos cônjuges, apresentavam emprego no momento em que o estudo decorreu.

**Tabela 3: Caracterização Obstétrica da Amostra**

	Gestação IG		Tipo de Parto	Motivo	Vigilância	Ano da Perda
<b>A</b>	Primigesta	38	Cesariana	Sofrimento fetal (Morte periparto)	Maternidade	2015
<b>B</b>	Multigesta (2ª)	42	Eutócico	Nado morto	Centro Saúde Maternidade Particular	2012
<b>C</b>	Primigesta	34	Eutócico	Nado morto	Centro Saúde Particular	2017
<b>D</b>	Primigesta	31	Eutócico	Nado morto	Centro Saúde Maternidade Particular	2016
<b>E</b>	Primigesta	39	Fórceps+Cesariana	Sofrimento fetal (Morte periparto)	Centro Saúde Particular	2014
<b>F</b>	Primigesta	40	Cesariana	Nado vivo com malformação incompatível com a vida	Maternidade	2015
<b>G</b>	Multigesta (3ª)	40	Eutócico	Nado vivo com malformação incompatível com a vida	Maternidade	2013
<b>H</b>	Primigesta	38	Eutócico	Nado morto	Maternidade	2013
<b>I</b>	Multigesta (3ª)	39	Cesariana	Nado vivo com falência multiorgânica incompatível com a vida	Particular	2012
<b>J</b>	Multigesta (3ª)	37	Distócico Ventosa	Nado morto	Centro Saúde Particular	2014

No contexto da história obstétrica das participantes, a perda perinatal ocorreu no decorrer da primeira gestação, em seis participantes. Numa participante (B), a perda perinatal ocorreu na segunda gestação, tendo também sofrido na gravidez anterior um aborto espontâneo no primeiro trimestre. Nas restantes três participantes, a perda perinatal ocorreu na terceira gestação, tendo em simultâneo no primeiro trimestre, história de aborto espontâneo. As idades gestacionais, em que ocorreram as perdas têm o limite inferior nas 31 semanas e, como limite superior, as 42 semanas de gestação. Relativamente ao tipo de parto, das cinco participantes com o diagnóstico de nado morto, quatro tiveram um parto eutócico e uma um parto distócico, por ventosa. Nas situações de morte periparto, uma participante teve um parto eutócico e quatro foram submetidas a cesariana. Quanto ao ano civil em que ocorreu a perda fetal, duas foram no ano 2012; duas em 2013; duas em 2014; duas em 2015, uma 2016 e uma no ano 2017. Todas as participantes referiram que a gravidez com a vivência da perda perinatal tinha sido planeada, e conseqüentemente, todos demonstraram uma vigilância da gravidez adequada, de acordo com o protocolado no serviço nacional de saúde, e ainda seis participantes recorreram à obstetrícia no particular.

### 1.3- INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado no estudo foi a entrevista semiestruturada. O recurso à entrevista permite a ligação do investigador à vida real, quando estuda os participantes (Streubert & Carpenter, 2002).

A entrevista por definição baseia-se numa conversa intencional, usualmente, entre duas pessoas (Morgan, 1988 citado por Bogdan & Biklen, 1994), conduzida por uma das pessoas, com a finalidade de adquirir informações da outra (Bogdan & Biklen, 1994). Através da entrevista são colhidos dados descritivos da linguagem do entrevistado. Da linguagem, emerge uma fala livre, relativamente espontânea, que a entrevistada orchestra mais ou menos à sua vontade (Bardin, 2011), fornecendo, portanto material rico e complexo.

Nas entrevistas semiestruturadas há a certeza que se irá obter dados comparáveis, entre os vários entrevistados (Bogdan & Biklen, 1994). Os autores consideram que na

entrevista qualitativa a informação é cumulativa, ou seja, as entrevistas interligam-se. Mesmo as entrevistas de menor intensidade proporcionam sempre informações úteis (Idem).

“Encare com a palavra como se ela fosse potencialmente desvendar o mistério que é o modo de cada sujeito olhar o mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 137).

O investigador estimula o entrevistado a ser específico, e sempre que considerar pertinente, pedir exemplos para ilustrar a vivência. Sendo por vezes, necessário, que os entrevistados realizem uma ação retrospectiva dos acontecimentos (Bogdan & Biklen, 1994).

Considerando que os estudos de investigação qualitativa são orientados por questões de pesquisa (LoBiondo-Wood & Haber, 2001), as quais não surgem do nada, dependem dos interesses práticos do investigador e/ou do seu envolvimento em determinado contexto histórico e social, há um paralelismo entre o contexto quotidiano e o contexto científico do investigador (Flick, 2005).

Analisando os pressupostos dos autores referidos anteriormente, para a entrevista semiestruturada, a investigadora procedeu à elaboração de um guião de orientação, com as respetivas questões de investigação. Segundo o autor Bude (1995) citado por Flick (2005), as questões elaboradas pela investigadora são orientadas para a descrição de estados e para a descrição de processos, ou seja, atendendo ao fenómeno da perda perinatal, a investigadora procura descrever: a situação, o que aconteceu e as mudanças perante a vivência do fenómeno. O guião foi previamente pensado e elaborado (Apêndice I). Porém, a entrevista não apresentou um carácter rígido, havia amplitude para moldar o conteúdo, para que não fosse anulado o seu carácter qualitativo. Todo o processo da entrevista requer flexibilidade (Bogdan & Biklen, 1994; Mendes, 2009).

Qualquer investigação requer a elaboração e delimitação de objetivos, de forma a dar a conhecer o que se procura e o que se pretende alcançar (Marconi & Lakatos, 2007).

Segundo Fortin (2009):

“O enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue. Ele especifica as variáveis-chave, a população junto

da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação.” (p.160).

Neste sentido e em função das questões formuladas:

- Como é que as mulheres/casais descrevem a vivência da perda perinatal?
- Qual a assistência proporcionada às mulheres/casais perante uma situação de perda perinatal?

Prretendeu-se alcançar os seguintes objetivos:

- Descrever o significado da perda perinatal para as mulheres/casais que, vivenciaram a experiência a partir dos seus relatos.
- Identificar a assistência proporcionada à díade parental em situação de perda perinatal, durante o internamento e no puerpério.

#### 1.4- PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS

Num primeiro momento a investigadora procedeu a um contacto telefónico prévio com as participantes, a fim de validar a participação no estudo. Na abordagem foi transmitida a informação necessária sobre o estudo, com brevidade, foram clarificados os objetivos do estudo, a finalidade e o respetivo instrumento de colheita de dados, salvaguardando que todos os dados obtidos seriam tratados com a maior confidencialidade por parte da investigadora.

Após a apresentação do estudo, e posterior aceitação das participantes, procedeu-se ao acordo, quanto à data, hora e local, atendendo às preferências e conveniências das participantes. Streubert e Carpenter (2002) consideram boa prática, questionar os participantes, quanto ao momento e ao local mais apropriado para a realização das entrevistas. O conforto do participante está diretamente relacionado com a partilha de informação com o investigador (Idem).

Num segundo momento, a investigadora procedeu à realização das entrevistas. É de salientar que das dez entrevistas, cinco decorreram na residência das participantes e as restantes num espaço público. Segundo os autores, Bogdan e Biklen (1994), as entrevistas nas residências permitem o acesso a particularidades (como fotografias) que

podem estruturar a conversa. As entrevistas decorreram entre os meses de agosto a novembro de 2017. A duração das entrevistas obteve uma média de trinta e três minutos e cinco segundos.

Antes das entrevistas, formalizou-se o pedido de colaboração, através da leitura e assinatura do consentimento informado. No âmbito das aprovações, foi necessário explicitar que as entrevistas iriam ser gravadas, pelo que também foi verbalmente pedida a autorização das participantes. Salvaguardou-se e garantiu-se o anonimato e confidencialidade às participantes, através da utilização de códigos nas entrevistas, com recurso às letras do abecedário português. As entrevistas apresentam-se codificadas de “A” a “J”. Adicionou-se a explicação quanto ao acesso à audição e à transcrição integral das entrevistas, esclarecendo que só a investigadora teria acesso e que só as unidades de significado seriam utilizadas no estudo.

As participantes preencheram livremente, questões correspondentes aos dados sociodemográficos do casal e outras questões, com o intuito à compreensão do fenómeno em estudo.

## 1.5- PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS

As experiências das participantes consideram-se “achados da investigação qualitativa”, torna-se essencial que estas experiências sejam descritas conforme a perspectiva das pessoas que as vivenciaram (Streubert & Carpenter, 2002, p.20).

As entrevistas foram transcritas na íntegra, e os dados foram analisados contemplando toda a sua riqueza (Bogdan & Biklen, 1994). A transcrição integral dos conteúdos expressos englobou tempos de pausa, e de silêncio, momentos contemplados pela expressão de sentimentos, maioritariamente, o choro foi um dado presente. Segundo os autores, as transcrições são os principais dados. Em que o termo, “dados”, corresponde “(...) aos materiais em bruto que os investigadores recolhem do mundo que se encontram a estudar; são os elementos que formam a base da análise” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 149).

De acordo com os mesmos autores, a análise de dados, é um procedimento de organização sistemática de transcrições de entrevistas, com o intuito de aumentar a sua

própria compreensão. A análise implica trabalhar com os dados de forma a organizá-los, dividi-los em unidades, descobrindo padrões e aspectos importantes a serem apreendidos, e transmitidos (Idem). Processo que “exige um grau significativo de dedicação à leitura, intuição, análise, síntese e relato das descobertas” (Streubert & Carpenter, 2002, p. 32)

Os dados obtidos das transcrições das entrevistas foram bastante ricos na qualidade de informação obtida, pelo que houve a função de interpretá-los e de torná-los compreensivos. A investigadora explanou a necessidade de elaborar um sistema de codificação, para agrupar os dados. Deste modo, surgiram as categorias de codificação, constituídas por palavras e/ou frases. As categorias constituíram um meio para organizar os dados descritivos obtidos no estudo (Bogdan & Bicklen, 1994). Todos os passos efetuados, que foram supracitados, clarificam o procedimento utilizado para a análise de dados: a Análise de Conteúdo de Bardin, que por definição é:

“Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 2011, p.44).

Na metodologia qualitativa, a análise de conteúdo considera a presença ou ausência de determinada característica de conteúdo num fragmento da mensagem (Lima, 1993 citado por Caregnato & Mutti, 2006).

De uma forma sucinta, a análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que trabalha com as palavras, de forma clara e objetiva, possibilitando inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis a um determinado contexto social (Bauer, 2002 citado por Caregnato & Mutti, 2006). Em que na análise de conteúdo o texto é um modo de expressão do sujeito, onde o investigador procura “categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem” (Caregnato & Mutti, 2006, p. 682). A análise de conteúdo perspectiva a compreensão do pensamento do sujeito, através do conteúdo expresso no texto, numa conceção transparente da linguagem (Idem).

A técnica de análise de conteúdo é composta por três fases: a primeira corresponde à pré-análise; a segunda à exploração do material e a terceira, e última fase, diz respeito ao tratamento dos resultados: a inferência e interpretação (Bardin, 2011).

A fase da pré-análise é descrita como o momento de organização. Neste enquadramento recorrem-se a vários procedimentos, entre eles a “leitura flutuante”, para a escolha de documentos a analisar, para formular hipóteses, para definir objetivos e para elaborar indicadores, que fundamentem a interpretação final (Caregnato & Mutti, 2006; Bardin, 2011).

A exploração do material corresponde à codificação dos dados, a partir das unidades de registro ou de significação (Idem).

O tratamento dos resultados: a inferência e a interpretação, por sua vez, abrange a categorização, ou seja, o investigador propõe as suas inferências e realiza as suas interpretações, de acordo com os objetivos propostos, e classifica os dados obtidos, atendendo às suas semelhanças e por diferenciação, sendo posteriormente, reagrupados em função de características comuns (Caregnato & Mutti, 2006; Bardin, 2011).

A categorização é definida como:

“ (...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamentos segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos . As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin, 2011, p. 145).

Quando o investigador procede à elaboração das categorias deve obedecer a regras fundamentais, quer nas diferentes fases de codificação, quer nas múltiplas revisões dos resultados a que se vai chegando, são elas: a homogeneidade; a exaustividade, a exclusividade, a pertinência, a objetividade e a produtividade.

Os conteúdos categorizados, as categorias formuladas podem incluir várias áreas de conteúdo dos textos em análise, dependendo da sua complexidade e dos propósitos do investigador, podendo constituir várias áreas. Dando resultado a um sistema de categorias exaustivo que sintetizam (classificam, catalogam, codificam, distribuem, correlacionam) e apresentam os dados, com um sentido cuja validade interessa aferir (Amado, 2000; Bardin, 2011).

Posteriormente, à leitura e análise dos discursos, evidenciaram-se e dividiram-se achados, os quais convergiram para temáticas ou significados, dando origem no estudo

a seis categorias temáticas: construção de uma ligação afetiva; sofrimento existencial na perda perinatal; desvalorização social do sofrimento da díade parental; condicionantes da superação no processo de luto; agentes de superação no processo de luto e estratégias de superação no processo de luto.

## 1.6- CRITÉRIOS DE RIGOR NA INVESTIGAÇÃO

Independentemente do tipo de estudo, quantitativo ou qualitativo é fundamental que o investigador demonstre preocupação com questões da fiabilidade e da validade dos métodos, tal como enuncia Morse et al. (2002) citado por Coutinho (2008), a investigação sem rigor perde interesse e acaba por se tornar ficção. Os autores Minayo e Sanches (1993) citados por Serapioni (2000) asseguram que nenhuma das abordagens (quantitativa/qualitativa) é mais científica que a outra. Qualquer que seja a natureza do estudo de investigação exige e requer um conjunto de regras, de procedimentos e de critérios que permitem controlar os componentes subjetivos da interpretação (Cavalli, 1996 citado por Serapioni, 2000).

Cardano (1991) citado por Serapioni (2000) metaforiza as características das diferentes abordagens de investigação:

“ (...) os pesquisadores de tradição quantitativa parecem inspirar-se na produção em série (...) mostrando como os procedimentos adotados se inscrevem num modelo científico uniforme e amplamente compartilhado (...) Por outro lado, na pesquisa qualitativa prevalece um modelo de argumentação que parece inspirar-se na produção artística. Aqui se propõe um percurso alternativo, que, às figuras míticas do artista solitário e de produção em série, se substitui a produção mais modesta do artesão” (p. 192)

Nos estudos qualitativos evidencia-se uma característica peculiar que, corresponde ao facto de o investigador ser considerado o principal instrumento. O que implica a tomada de consciência e de aceitação que faz parte do estudo. Paralelamente, o investigador é observador, entrevistador e intérprete de imensos aspetos de pesquisa, logo a objetividade não possui nenhum propósito (LoBiondo-Wood & Haber, 2001; Streubert

& Carpenter, 2002; Flick, 2005).

A investigação qualitativa, quando comparada com a investigação quantitativa, é, vulgarmente, alvo de crítica pela ausência de “rigor científico”, pela subjetividade que lhe é inerente (Albino, 2004). A objetividade segundo autores é fundamental para direcionar até à verdade, porém nenhuma atividade humana pode ser desempenhada sem subjetividade (Streubert & Carpenter, 2002). Kerlinger (1979) citado por Streubert e Carpenter (2002, p.11) defendem que os procedimentos da ciência são objetivos, os cientistas já não, são definidos como, “dogmáticos, tendenciosos e ideológicos”, colocando a ideia da objetividade em queda. Qualquer investigação, em determinado momento, sofre influências da subjetividade do cientista. Autores consideram que “a participação do investigador possui potencialidade de fornecer riqueza à colheita e análise de dados” (Streubert & Carpenter, 2002, p.19).

No âmbito das ciências humanas, os investigadores valorizam a subjetividade para a produção de conhecimento, o significado e a verdade só são passíveis de alcançar através da interação social (Streubert & Carpenter, 2002). Na investigação qualitativa, “a subjetividade do investigador e dos sujeitos estudados faz parte do processo de investigação” (Flick, 2005, p.67).

Quando o investigador é um profissional de enfermagem, perante uma metodologia qualitativa, reconhece “a realidade subjetiva inerente ao processo de investigação e aceita-na”, reconhecendo “a sua subjetividade” inserindo-a num contexto que possibilita a análise completa, do seu efeito no desempenho da investigação e na descrição do fenómeno em estudo (Streubert & Carpenter, 2002, p.12).

Na investigação qualitativa o rigor é determinado pelos participantes no estudo e é demonstrado pela atenção que o investigador outorga à corroboração da informação descoberta. A meta do rigor na investigação qualitativa corresponde à apresentação rigorosa, das experiências dos participantes em estudo (Streubert & Carpenter, 2002).

Autores identificaram critérios de rigor, sobre os quais assentam o rigor nos estudos qualitativos: a credibilidade, consistência, confirmabilidade e transferibilidade (Guba, 1981 e Guba & Lincoln, 1994 citados por Streubert & Carpenter, 2002).

O critério da credibilidade engloba atividades que possibilitam a produção de resultados credíveis (Lincoln & Guba, 1985 citados por Streubert & Carpenter, 2002; Coutinho, 2008). A credibilidade responde à questão da precisão dos achados, tal como são

descritos pelos participantes (Loureiro 2006).

Loureiro (2006) apresenta estratégias com o intuito de fomentar a credibilidade nos estudos de natureza qualitativa, minimizando eventuais fontes de erro. Como estratégias emerge o contacto prolongado com o fenómeno em estudo (Loureiro, 2006; Streubert & Carpenter, 2002), com observações/entrevistas ao longo do tempo, até que se alcance a saturação de dados, momento em que nada de novo advém das entrevistas (Loureiro, 2006).

A triangulação é também definida como uma estratégia que incrementa a credibilidade (Lincoln & Guba, 1985; Guba & Lincoln, 1989 citados por Loureiro, 2006; Fortin, 2009). Assume-se como método de verificação de dados ou de achados, que recorre a diversas fontes ou mesmo investigadores, ou procede à elaboração de múltiplas combinações (Loureiro, 2006). Aborda-se a triangulação de dados, de investigadores, de teorias e de métodos (Denzin, 1978; 1989 citado por Loureiro, 2006). No âmbito dos pressupostos da triangulação, autores descrevem formas para conferir a credibilidade; Streubert e Carpenter (2002) citam Yonge e Stewin (1988), destacam a verificação dos resultados e o seu reconhecimento, pelos participantes, como se de uma validação se tratasse. Coutinho (2008, p.9) reforça os autores anteriores, ao definir o processo como “member checks” / “revisão das participantes”; o investigador devolve às participantes do estudo os achados das transcrições das entrevistas, para que possam confirmar se as suas experiências, ideias e pensamentos expressos. Outra forma que permite verificar a credibilidade do estudo é o “peer debriefing” / “revisão por pares”, por sua vez, consiste que outro investigador, fora do contexto, mas que apresente conhecimento sobre o fenómeno em estudo e do processo de pesquisa, analise os dados, verifique o desenho do estudo e que analise as preocupações do investigador (Erlandson et al., 1993 citados por Coutinho, 2008, p.9).

A interpretação dos dados é a fase crítica, em que é preponderante o afastamento de pressupostos ou de preconceitos do investigador. Neste sentido, a investigadora do estudo, teve o apoio da equipa das orientadoras na validação do processo de análise do estudo. Outro formato para conferir a credibilidade do estudo, correspondeu ao envio via correio eletrónico, *à posteriori*, das entrevistas transcritas às participantes, para leitura e validação da informação facultada.

Por sua vez, o termo segurança é um critério que se atinge quando o investigador

determina a credibilidade dos achados, não pode existir segurança sem credibilidade (Lincoln & Guba, 1988 citados por Streubert & Carpenter, 2002).

A credibilidade provém “não só da riqueza da informação recolhida, mas também das capacidades analíticas do investigador” (Loureiro, 2006, p.28).

A transferibilidade é um processo facultado pela seleção da amostra intencional, assim como, pela densa e rica descrição dos achados, que só a investigação qualitativa pode garantir (Loureiro, 2006). Considerando a transferibilidade em elemento central, o investigador qualitativo deve apresentar uma descrição dos dados, de modo consistente e representativo da diversidade das perspetivas dos participantes. Assim como deve ser evidente na descrição dos dados a forma, como as perspetivas das participantes conduziram a interpretação (Coutinho & Chaves, 2002; Oka & Shaw, 2000 citados por Coutinho, 2008). A descrição só é rica, se os participantes acedidos vivenciaram efetivamente o fenómeno em estudo na primeira pessoa (Loureiro, 2006). Para o autor, uma descrição rica e densa “de conteúdo é aquele que está adequado (clareza e rigor) ao tema que descreve, utilizando a linguagem do participante/informante, e que transmite ao leitor a base para entender a forma como o fenómeno é interpretado e apresentado pelo investigador” (Loureiro, 2006, p.29).

O ponto frágil dos estudos de natureza qualitativa incide nos problemas de representatividade e generalidade dos conteúdos que emergem durante a pesquisa (Serapioni, 2000). Na investigação qualitativa não se pretende generalizar os achados da investigação, assim, o termo transferibilidade reporta-se à possibilidade dos resultados do estudo terem significado para outros, em condições idênticas (Streubert & Carpenter, 2002; Loureiro, 2006; Coutinho, 2008).

O critério da consistência, na investigação qualitativa incide na capacidade do estudo ser replicado (Denscombe, 2001 citado por Coutinho, 2008). Loureiro (2006) considera que a verificação deste pressuposto passa pela realização de uma auditoria ao processo e ao método de investigação. Segundo Schwandt (1997) citado por Coutinho (2008, p.10), a auditoria pode ser designada como “o processo pelo qual uma terceira parte examina sistematicamente o processo de pesquisa conduzida pelo investigador”. Neste âmbito, englobam-se todos os registos do investigador (áudio), transcrições de entrevistas, guiões de entrevistas e questionários, notas de campo, entre outros registos de atividades (Coutinho, 2008). O acesso ao desenvolvimento do estudo permite que outros

investigadores externos sejam capazes de seguir o pensamento do investigador e entender a forma como ele trabalhou os dados e elaborou as conclusões, a partir dos mesmos (Loureiro, 2006; Coutinho, 2008).

Por sua vez, a confirmabilidade trata-se de um processo de critério, que visa certificar que o investigador procura estudar objetivamente, os achados subjetivos dos participantes (Bogdan & Bilken, 1994), e não “por uma interpretação arbitrária e enviesada do próprio investigador” (Loureiro, 2006, p. 30). A realidade é observada pelo investigador através dos olhares dos participantes envolvidos (Vieira 1999 citado por Coutinho, 2008). O investigador demonstra a “confirmabilidade dos achados através de auditoria, o que exige um registo das atividades ao longo do tempo, de modo que outro investigador possa seguir o mesmo percurso” (Streubert & Carpenter, 2002, p. 33), ou seja, significa que uma trajetória adequada possibilitará um auditor, devidamente treinado, verificar se as descrições, as interpretações e as recomendações podem ser circunscritas até à sua fonte (Loureiro, 2006).

A qualidade de um estudo qualitativo está diretamente relacionada com o treino, com os conhecimentos e, sobretudo com as capacidades do investigador. É necessária, a existência de investigadores treinados e conscientes, mas também de investigadores que conheçam as “regras do jogo” (Coutinho, 2008).

## 1.7- PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

“O espaço da ética é o espaço do corpo histórico e da liberdade, de forma que esteja sempre presente, no âmbito da pesquisa, a liberdade de escolha do pesquisador e do pesquisado, a qual não é exterior à ética”.

(Padilha, Ramos, Borestein & Martins, 2005, p.104).

No âmbito da investigação, as considerações éticas devem estar sempre contempladas, o que implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho do estudo consolida a vertente ética e moral. Os direitos humanos devem ser sempre salvaguardados, com a preocupação de assuntos como: o consentimento informado, o anonimato e a confidencialidade (Streubert & Carpenter, 2002).

Um investigador durante todo o processo deve-se reger por princípios éticos: o princípio da não maleficência (os participantes não devem ser prejudicados), o princípio da autonomia (os participantes obtêm o consentimento informado e expressam, livremente e voluntariamente, a participação no estudo), o princípio da beneficência e o princípio da justiça. O investigador ao assegurar a confidencialidade e o anonimato, demonstra que os participantes serão tratados com dignidade e respeito, alcançando o princípio da beneficência e da justiça, paralelamente (Streubert e Carpenter, 2002).

Durante toda a investigação foi respeitado o princípio da autonomia e da dignidade humana. Honrados sempre os Princípios Éticos e os Direitos Humanos. Considerando as diretrizes de Direitos Humanos para enfermagem em pesquisa clínica e de outra natureza da American Nurses Association (1985) existem cinco princípios essenciais que devem estar sempre presentes em qualquer investigação: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato; o direito à confidencialidade; o direito contra o confronto e o prejuízo e o direito ao tratamento justo e equitativo (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

O consentimento informado demanda o acesso à informação verdadeira e suficiente, que permita ajudar os participantes na tomada de decisão quanto ao ingresso no estudo (Behi & Nolan, 1995 citados por (Streubert & Carpenter, 2002).

O consentimento informado foi elaborado pela investigadora com uma linguagem acessível à compreensão (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). De acordo com os pressupostos anteriores, todas as participantes foram informadas e esclarecidas sobre a investigação na sua complexidade, todas participaram livremente, procedendo posteriormente à assinatura do formulário do consentimento pelas participantes e pela investigadora. Após a aceitação na investigação as participantes tomaram conhecimento sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento, independentemente, da etapa da investigação a decorrer. A possibilidade de desistência a qualquer momento incide num processo de consentimento informado, uma vez que há uma reavaliação constante do investigador quanto ao consentimento dos participantes. Esta premissa do consentimento informado é característica dos estudos qualitativos (Streubert & Carpenter, 2002).

Os dados foram codificados, através de letras do abecedário, para evitar constrangimentos à posterior. Assim, como a respetiva letra foi atribuída quando

referido o nome do filho perdido e todos os pais referidos serão identificados todos pela letra “X”.

Por exemplo:

“Entrevista A”: surgirá “EA”, quando a participante abordar o nome do filho/a, aparecerá “A.”, referência ao pai aparecerá no discurso “X”.

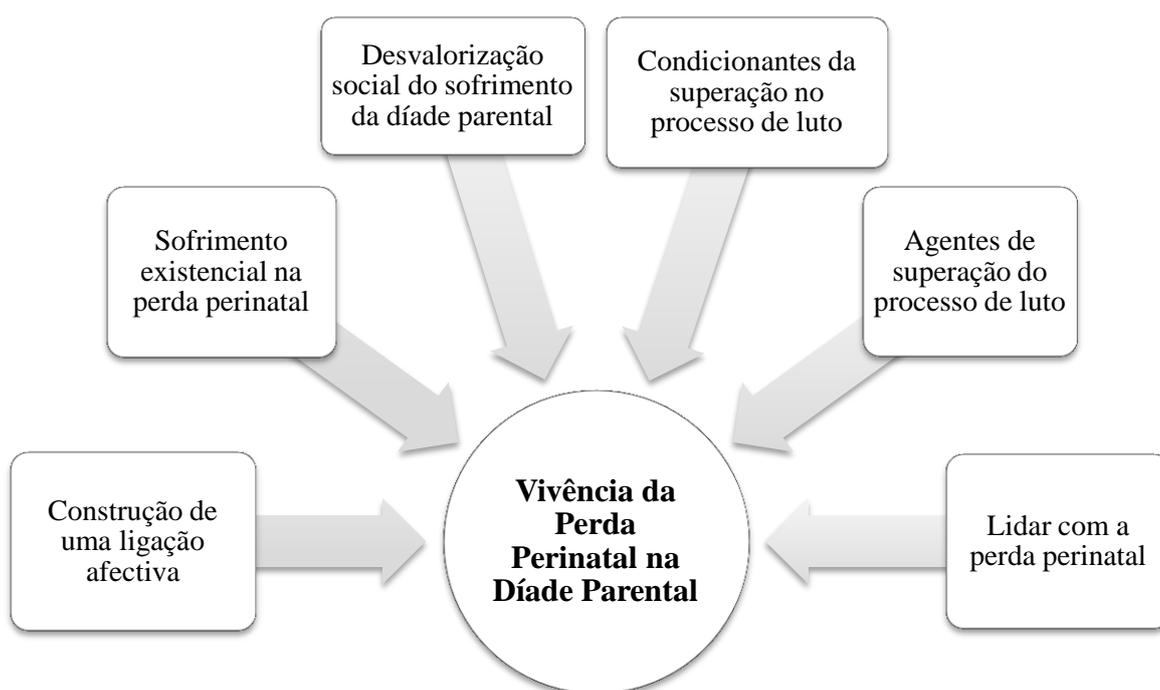
Uma vez que a citação de excertos de textos pode comprometer a confidencialidade (Streubert & Carpenter, 2002), deste modo, a investigadora assegura e garante a confidencialidade aos participantes.

Os processos éticos e formais são analisados pelos Comitês de Ética em Pesquisa. Que são definidos como conselhos que elaboram a revisão aos projetos de pesquisa, avaliando o cumprimento dos princípios éticos relativamente à proteção dos direitos humanos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). O projeto de investigação, intitulado “A Perda Perinatal: a perspetiva da díade parental” foi submetida à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, o qual foi aprovado (Idem). (Anexo I).

## 2 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos pela análise dos dados recolhidos junto das participantes aquando das entrevistas, procurando recorrer a frases, palavras e expressões, das próprias, para ilustrar essa descrição. Procuramos apresentar os resultados de uma forma clara, descrevendo os dados das mensagens cujas características foram previamente catalogadas e sistematizadas. Streubert e Carpenter (2002) consideram que a inclusão de citações e de comentários enriquece a compreensão das interações sociais vivenciadas pelas participantes. Paralelamente, o conhecimento teórico foi sendo enquadrado, de modo a fortalecer o conteúdo das participantes, ou salientar eventuais divergências. Da análise efetuada direccionou a construção de seis categorias, que se dividem em subcategorias em torno do tema central: a vivência da perda perinatal na díade parental.

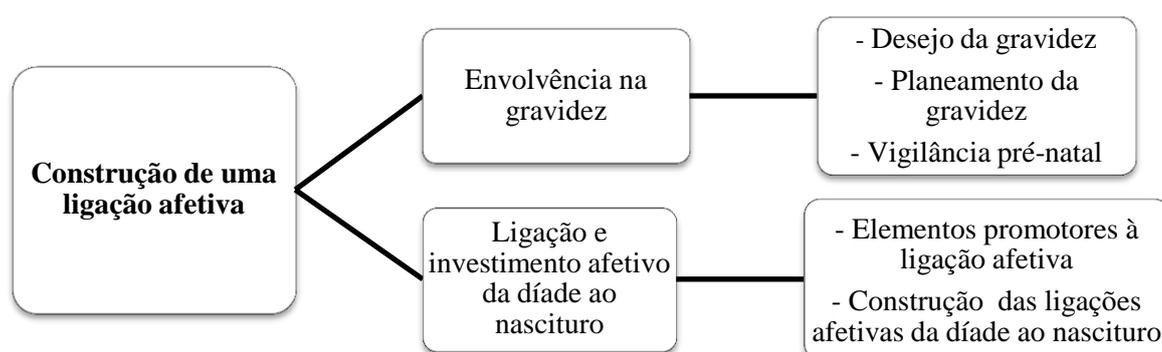
**Diagrama 1: A vivência da perda perinatal na díade parental e suas categorias.**



## ➤ CONSTRUÇÃO DE UMA LIGAÇÃO AFETIVA

Durante a gravidez há todo um caminho de medos, ansiedades, de angústias e de incertezas, perante todas as mudanças e transformações que a mulher grávida/casal vivencia. Mas a alegria e a felicidade associada ao momento de fertilidade plena transbordam. Os sonhos e objetivos de vida caminham para a sua concretização, e à medida que as semanas de gestação avançam essa concretização está mais passível e ser atingida. Os laços afetivos fortalecem-se com o feto in útero, as demonstrações de amor emergem de forma inata dos pais para o filho. Evidencia-se e consolida-se com o passar das semanas de gestação a criação de um vínculo afetivo entre a díade parental e feto, que tem por base, fatores preponderantes como: a envolvência na gravidez e a ligação e investimento afetivo da díade parental ao nascituro.

**Diagrama 2: Primeira categoria: construção de uma ligação afetiva e suas subcategorias.**



### **Envolvência e vivência da gravidez**

As mulheres durante o momento que antecede a concepção iniciam um percurso imaginário, ou seja, projetam-se no futuro enquanto grávidas e como mães, chegam a imaginar os seus bebés, mesmo antes da própria concepção da gravidez. Esta atitude poderá refletir que estas mulheres que aguardam a gravidez venham a demonstrar maior disponibilidade para a envolvência em todo o processo gravídico, como que houvesse uma preparação interior na mulher. Segundo as autoras, estas mulheres podem focar

toda a sua atenção na gravidez, desvalorizando outros aspetos do quotidiano (Meireles & Costa, 2005).

Neste enquadramento, quando a gravidez é planeada e desejada, os autores defendem que é uma condição preponderante para o investimento emocional que a mulher/casal e família depositam ao longo da gestação (Assunção & Tocci, 2003 citados por Lemos & Cunha, 2015a).

O desejo da gravidez corresponde à vertente mais emocional do casal, por sua vez o planeamento da gravidez insere-se nas vertentes cognitiva e comportamental do ser humano. Ambos os conceitos, “desejo” e o “planeamento” da gravidez influenciam a forma como a notícia é recebida e a posterior aceitação. Se tivermos perante uma gravidez que foi planeada, a notícia vai ser recebida com alegria e felicidade, o que conduzirá a um maior envolvimento emocional com a gravidez, salientando que a ideia que a vivência da gravidez tem como componente psicológico central a forma como é vivenciado o corpo grávido (Meireles & Costa, 2005).

EC: *“(...) era uma gravidez desejada, como é que eu hei-de explicar, era planeada (...), descubro que estava grávida no dia dos meus anos (...). Ficámos muito contentes e demos a notícia às nossas famílias (...), fiz questão de os juntar todos lá em casa, e pronto desde aí para cá foi...foi muito planeada, foi, andávamos o que é que fazíamos o que é que não fazíamos (...)”*.

EH: *“(...) quando é uma gravidez muito desejada, planeada, quando fazemos alguns sacrifícios. Eu sendo diabética tive de fazer alguns, (...) sabia que era para o bem dele e fazia-o.”*

EJ: *“Foi uma gravidez muito desejada, uma filha muito desejada.”*

Após a aceitação da gravidez a grávida/casal procuram os cuidados de saúde para iniciar a vigilância adequada da gravidez. A vigilância de gravidez é considerada um indicador de qualidade nos cuidados de saúde de um país. Através da sua análise é possível verificar a saúde de cada mulher grávida e do feto in útero, ou seja, reflete-se na *“saúde individual e coletiva, presente e futura”* (Reis et al, 2016, p.158).

Segundo a Direção Geral de Saúde (2015), o número de consultas de vigilância durante a gravidez está diretamente relacionado com a existência ou não de patologia.

EF: *“Era uma gravidez perfeitamente normal, uma mãe perfeitamente saudável, um bebé aparentemente saudável, não tinha nada para correr mal. A vigilância decorreu na maternidade, (...) mensalmente, sempre com a mesma equipa”*.

EH: *“(...) sempre tive imensas consultas uma vez que sou diabética tipo 1, tinha que ter muitas consultas, tinha consultas de 3 em 3 semanas, penso que a coisa que falhava na altura era o facto de ser vigiada por médicos sempre diferentes, ou seja uma consulta era um médico, outra consulta era outro, não se criava ligação com nenhum deles. Mas tirando isso sempre me senti bastante bem vigiada, fiz imensos exames, imensas ecografias (...).”*

Apesar das respostas do Serviço Nacional de Saúde, não deixa de ser relevante mencionar que as mulheres grávidas/casais que participaram no estudo tiveram necessidade de recorrer a uma vigilância paralela, em médicos obstetras particulares, pela acessibilidade e pelo acompanhamento da especialidade, propriamente dita. Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004) demonstram um comportamento de procura de saúde, procuram outras opiniões para tranquilizar, a vivência da gravidez:

EC: *“(...) eu andava a ser seguida pelo centro de saúde e pela médica no particular”*.

ED: *“(...) eu assim que tive o positivo fui primeiro ao privado (...); “Eu como era seguida no particular fazia as ecografias no hospital, porque a médica trabalhava lá e fazia as ecografias também nos centros de diagnóstico que era das credenciais que passava a médica de família”*.

EI: *“(...)” “Eu fui acompanhada numa obstetra particular (...).”*

EJ: *“Eu ia todos os meses ao centro de saúde e todos os meses a uma obstetra particular, como já tinha alguma idade achei que pecar por excesso não me faziam mal”*.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2015), os pais devem acompanhar as mulheres grávidas nas consultas de vigilância da gravidez, a sua presença têm-se revelado fundamental. Segundo, Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes e Tudge (2004) os pais participam de inúmeras formas na gravidez; acompanham as mulheres grávidas aquando

das consultas e realização das ecografias, simultaneamente, demonstram ser uma fonte segura de apoio para a companheira e, também expressam o seu envolvimento emocional na gravidez.

- **Ligação e investimento afetivo da díade ao nascituro**

Alguns homens adquirem logo o estatuto de pais após a confirmação da gravidez; outros só tomam consciência com a evolução da gravidez, com os movimentos fetais presentes; outros experimentam a paternidade com o nascimento e outros a consciencialização e até se sentirem pais demoram, algum tempo a construírem o papel paternal (Freitas, Coelho & Silva, 2007).

Nogueira e ferreira (2012) no estudo que elaboraram relativamente à envolvência dos pais na gravidez, na população portuguesa, obtiveram os seguintes resultados 88,3% dos pais acompanharam a grávida nas consultas de vigilância da gravidez, 96,4% auxiliaram a futura mãe do bebé em tarefas domésticas. Todos os pais procuraram sentir o bebé a mexer colocando a mão na barriga da grávida e 86,5% leram ou procuraram obter informação sobre o bebé em desenvolvimento.

O envolvimento emocional do pai na gravidez facilita a ligação afetiva do pai com o feto:

*EC: “(...) o C. não adormecia sem o pai chegar à cama pôr a mão na minha barriga e o C. dava-lhe um sinal (...); “(...) era um pai que se preocupava. (...), ele preocupou-se em escolher um primeiro nome que ficasse bem com o apelido (...); (...) eu não sei, os outros pais, sei aquilo que eu vi, e o X. era um pai que se preocupava”.*

Roper (1995) citado por Ampese, Perosa e Haas (2007), descreve a perda fetal como a mais isolada das perdas para a mãe, por ter sido a única a perceber o comportamento do bebé. Os pais e restantes familiares reconhecem ser um bebé concebido e esperado, porém podem demonstrar dificuldade em reconhecê-lo, mesmo como sujeito de uma história, pelo facto de não ter vivido fora do útero da mãe.

Por sua vez Klaus e Kennel (1993) defendem que o facto de o pai não sentir, fisicamente, o bebé dentro da barriga interfere na intensidade da ligação afetiva entre

pai-feto e a diferencia da ligação afetiva mãe-feto. Uma das participantes no estudo vai ao encontro à ideia supracitada:

EF: “(...) eu acho que nós enquanto mulheres que os carregamos, eles são para nós já pessoas, já indivíduos, já seres que estão ali a depender de nós, que nós sentimos, que nós queremos e que nós amamos. Para as outras pessoas, nomeadamente para o pai é uma barriga que cresce, porque se vê a barriga crescer, mas é a barriga que mexe não é o bebé, porque aquilo que se vê é efetivamente é só a barriga, o bebé não se visualiza, não se tem contacto.”

Há um corpo gravídico que sofre alterações fisiológicas, juntamente com transformações psicológicas e sociais, que transforma o corpo da mulher, para dar vida. O testemunho seguinte evidencia uma das dimensões possíveis e sujeitas à mudança na evolução da gravidez, faz-se referência à dimensão física:

EA: “(...) a gravidez da A. foi uma gravidez, como eu costumo dizer uma gravidez santa, sem um único enjoo, sem um único stresse, exceto na fase final com alguns edemas e a tensão um bocadinho alterada, mas foi uma gravidez que eu não tive qualquer sintoma desagradável”.

À medida que as semanas de gestação crescem, a mulher grávida vê e sente o seu corpo diferente e, paralelamente, relaciona-se com o bebé (Meireles & Costa, 2005). Através do seu corpo, a grávida sente e interage com o filho, uma linguagem cheia de significado em que a pele, essencialmente, da barriga é mediadora (Meireles & Costa, 2005; Knob, Piccinini & Silva, 2009).

Rolim e Canavarro (2001) consideram que à medida que avança a idade gestacional, fortalecem-se os laços que ligam a mãe-bebé. Por sua vez, Meireles e Costa (2005) referem que a perceção dos movimentos fetais e a atribuição de significados como forma de comunicação, tornam-se elementos reais para a interação. As mesmas autoras salientam que os momentos dos registos ecográficos são também fatores que influenciam positivamente a ligação entre a díade parental e o filho in útero.

Piccinini, Gomes, Moreira e Lopes (2004) corroboram considerando que através dos movimentos fetais, as mães comunicam com os bebés, e que sentem as suas reações. Começa a percecionar a posição do filho no seu ventre, assim como começam a identificar-lhes hábitos e horários de sono e repouso, por exemplo. Para os autores, os

registos ecográficos estabelecem um contacto real com o bebé. O que facilita a transição para a parentalidade promove a interação e a união entre a díade parental e o feto (Gomes, 2003 citado por Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004; Alvarenga, Dazzani, Alfaya, Lordelo & Piccinini, 2012).

Os autores clarificam que existem determinadas atitudes que revelam a existência de ligação afetiva com o feto, as quais englobam palavras-chave: a imaginação, a interação, a acreditação e a preocupação (Piccinini, Gomes, Moreira & Lopes, 2004).

As participantes demonstraram nas entrevistas sinais e atitudes de ligação afetiva:

*EH: “(...) ecocardiografias fetais também (...), enquanto eles estão dentro da nossa barriga é uma forma de estarmos mais perto deles, no sentido em que conseguimos ver, é ver para querer. Portanto, conseguimos vê-los e aquilo que estamos a sentir é de facto real, que eles estão ali dentro, o que está lá dentro a mexer é de facto um bebé, um bebé a sério, é o nosso bebé”.*

*EA: “(...) durante 9 meses, no meu caso, eu tive um bebé que senti, que conversou comigo, que estava diariamente em contacto comigo (...); (...) é o bebé a mexer, é aqueles pontapés, (...).”*

*ED: “(...) logo com seis semanas ouvir o coraçãozinho do bebé”.*

*EF: “(...) tu falas para o bebé, tu cantas para o bebé, tu contas histórias para o bebé, tu aprendes músicas para cantar ao bebé, tu fazes festas ao bebé, tu vives com aquele bebé, tu já não dizes “eu vou, mas nós vamos” (...).”*

*EH: “(...) músicas que eu ouvia durante a gravidez, e que eu dizia que as queria ouvir durante o parto (...).”*

Autores citam outros fatores que interferem na ligação afetiva da díade parental com o feto. Relativamente à escolaridade, uma vez que as participantes no estudo e os seus cônjuges apresentam elevado nível de literacia, quanto mais elevado o nível de escolaridade maior é o investimento na ligação afetiva (Schmidt & Argimon, 2009; Alvarenga, Dazzani, Alfaya & Piccinini, 2012). Mendes (2002) no seu estudo revela quanto menor o nível de escolaridade, mais baixo é o investimento e a ligação afetiva

materno-fetal, porém, atingiu a média mais elevada para o investimento afetivo, para participantes que se enquadravam no ensino secundário.

Por sua vez na idade materna, Mendes (2002) no seu estudo obteve o seguinte resultado: quanto mais à idade avança menor é o investimento afetivo. A mesma relação entre a idade paterna e o decréscimo no investimento afetivo verifica-se no estudo de Nogueira e Ferreira (2012).

No que diz respeito ao número de gestações, estudos demonstram que nas primigestas o investimento afetivo é superior quando comparado com o das multigestas, o que vai ao encontro das expectativas que as mulheres grávidas colocam no nascimento do seu primeiro filho (Schmidt & Argimon, 2009). Camarneiro e Justo (2012) consolidam com o seu estudo ao demonstrarem que a intensidade da preocupação e a vinculação pré-natal global são significativamente superiores nas primigestas, quando comparadas com as multigestas. Porém pertinentemente, destacam que no âmbito da qualidade da vinculação materna, esta é idêntica nos dois grupos de grávidas. Os mesmos autores apresentam dados para os maridos/companheiros, sendo que os homens que esperam o primeiro filho evidenciam maior investimento na ligação com o feto.

A ligação afetiva entre a díade parental e o feto é sem dúvida a chave para a parentalidade (Freitas, Coelho & Silva, 2007).

Os testemunhos das participantes demonstraram que a gravidez, mesmo antes da conceção, já era uma ideia construída enquanto mulheres e enquanto casal, uma vez que as dez referiram ter sido uma gravidez planeada. Após confirmação da gravidez, começa a viagem pelo mundo mágico, e simultaneamente pelo desconhecido:

EF: “(...) *a magia da gravidez (...)*”.

ED: “(...) *primeira gravidez, mãe de primeira viagem (...)*”.

Tal como descreve a literatura, o testemunho das participantes espelha toda a ligação afetiva com os filhos desejados, e a envolvência dos companheiros, é salvaguardada e valorizada pelas mesmas.

As participantes demonstraram envolvência afetiva, pela segurança e proteção dirigida aos filhos. Criam planos, expectativas, idealizam o futuro coberto de alegria e inundado de sorrisos. Porém, nesta linha da vida, surgem acontecimentos inesperados, os quais destroem toda a magia vivenciada da gravidez, e os projetos construídos em torno do

filho esperado são desmoronados. A morte perinatal é um dos acontecimentos inesperados que arrasta consigo sentimentos nefastos.

#### ➤ SOFRIMENTO EXISTENCIAL NA PERDA PERINATAL

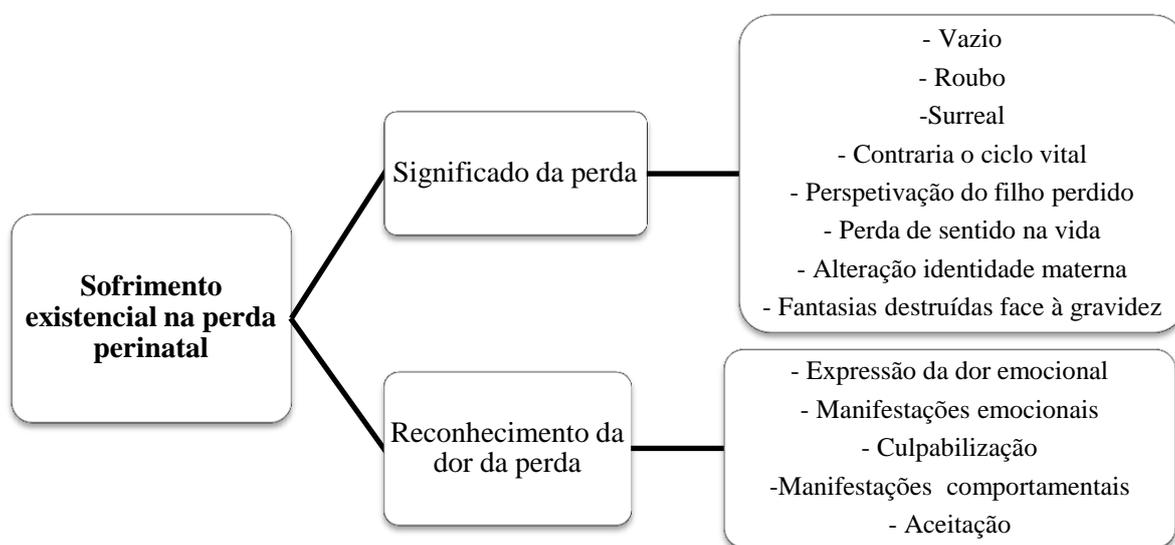
A morte perinatal emerge num momento inesperado na vida da mulher, do casal e família, arrastando para um sofrimento incondicional.

O sofrimento intenso corresponde à interrupção da ligação afetiva que se estabeleceu durante a gravidez entre a díade e feto (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013). Rolim e Canavarro (2001) consideram que chegar ao terceiro trimestre da gravidez conjetura uma maior comunicação entre a díade parental e o bebé, resultado dos movimentos fetais e de uma maior perceção do corpo do bebé, bem como do aumento das expectativas relacionadas com o nascimento e com o cuidado a prestar ao bebé. Factos que justificam o aumento do investimento na gravidez, que por sua vez, interferem diretamente na experiência e na vivência da perda na díade parental.

Muza, Sousa, Arrais e Iaconelli (2013) destacam que este sofrimento intenso que os pais vivenciam pela perda do bebé (real ou imaginário) pode enveredar para condições depressivas (mais presentes nas mães), que se podem fazer incidir no desejo de pôr fim à vida, como forma de se reencontrar ao objeto de amor perdido (Bartilotti, 2002 citado por Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013).

Para melhor compreensão do sofrimento vivenciado na perda perinatal, a investigadora elaborou a categoria sofrimento existencial na perda perinatal e as subcategorias: o significado da perda e o reconhecimento da dor da perda.

**Diagrama 3: Segunda categoria: o sofrimento existencial da perda perinatal e suas subcategorias.**



### **Significado da perda**

Defey (1992) citado por Duarte e Turato (2009) considera que a morte perinatal provoca na mulher a sensação de estar a viver um sonho. Por sua vez, Camarneiro, Maciel e Silveira (2015) descreveram a forma como as mulheres primigestas vivenciaram a interrupção espontânea da gravidez, identificando o acontecimento como o “desfazer de um sonho”. Também Miranda (2016), no seu estudo concluiu que as mulheres encaram a perda fetal como uma experiência dolorosa, que jamais será esquecida. As mulheres também segundo a autora atribuem à significação de sonho desfeito.

Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira e Turato (2014) no estudo realizado fazem referência à sensação de vazio que as mulheres expressam perante a confirmação da morte fetal.

No estudo, os testemunhos das participantes perante a vivência da perda perinatal vão ao encontro dos pressupostos do estudo supracitado, as suas palavras espelham a destruição de sonhos e de idealizações feitas em redor do nascimento do filho esperado e desejado:

EB: “*Não há sentimentos (pausa), é o vazio, não há (pausa, choro)*”; “*Ser mãe de colo vazio é amar no vazio*”.

EC: *“Descrevo... (silêncio), um vazio (choro) foi como se me tivessem tirado o chão, como se o mundo tivesse entrado em revolução total, (...)”*.

EI: *“(...) é um vazio (...)”*.

A morte fetal tardia, após as 28 semanas de gestação, significa a perda de um projeto de vida (Rios, Santos & Dell’Aglia, 2016), a interrupção das expectativas existenciais colocadas na gravidez (Duarte & Turato, 2009) e a perda de esperanças dos pais em reaver o objeto de amor perdido: o filho (Walsh & McGoldrick, 1998; Carvalho & Meyer, 2007; Camarneiro, Maciel & Silveira 2015).

Rezende (2000) citado por Oliveira e Lopes (2008, p.220) declara que: “A morte estabelece um exílio em relação às pessoas que se ama e que carregam consigo sonhos e esperanças”. Quando a morte ocorre durante a gestação, ou no momento do parto, os autores Montero et al. (2011) descrevem a perda perinatal como uma “experiência indescritível”.

Deste modo, as participantes consolidam as ideias salientadas pelos autores supracitados, ao considerarem a experiência da morte perinatal das seguintes formas:

EA: *“(...) em poucas palavras o pior que pode acontecer na vida de um casal”; “(...) passar a viver um presente de um futuro que nos foi roubado (...)”*.

EI: *“(...) é um roubo, sinceramente, como eu me senti (...) como eu me estou a sentir ainda hoje, eu fui roubada, tiraram-me uma coisa que me pertencia, tiraram-me algo muito meu, e por mais que tenhamos ao longo da nossa vida, nunca vamos reaver a perda que tivemos”*.

EB: *“É o inferno na terra”*.

EF: *“(...) não teres o teu bebé, e tu não teres a tua barriga, e tu sentires-te completamente diminuída (...), e tu sentires-te quase por metade, porque morreu uma parte de ti (...)”*.

Na interpretação dos testemunhos enaltece-se o carácter repentino, inesperado e incrédulo associado à morte fetal (Gold, 2007), acompanhado pela enorme dificuldade em acreditar na dura realidade de a morte se ter sobreposto ao nascimento, contrariando o ciclo de vida ao reverter às expectativas geracionais (Keating & Seabra, 1994; Walsh

& McGoldrick, 1998; Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira & Turato, 2014). O nascimento de bebês simboliza o início da vida e não o fim (Montero et al., 2011).

As participantes nos seus discursos demonstram concordância que o nascimento simboliza a vida, e como tal prepararam-se durante a gestação para receberem os filhos com vida. O quarto, as roupas, os carrinhos estavam em plena harmonia com o nascimento, e as participantes vêem-se confrontadas com a organização de rituais fúnebres:

EA: “(...) tirarem-nos o tapete sem nos avisar que algum dia uma coisa destas nos possa acontecer (...)”.

EH: “Parecia que estava a ver um filme, que não era verdade (...)”.

ED: “É um pesadelo, é surreal. Provação a que a vida nos submete. É algo que nunca estamos à espera de viver, é o contrário que esperamos viver, preparamo-nos para receber uma vida, compramos um berço e depois precisamos de um caixão”.

EE: “(...) é o pesadelo, não, não se acredita, é a pior dor que se pode sentir na vida, é contra natura (...)”.

As recordações de vivência mútua ficam impossibilitadas de se projetarem para o mundo real, tal como as fantasias associadas ao filho (Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira & Turato, 2014).

A ausência do filho é profundamente sentida, mas há uma inevitável, e constante perspetivação do filho perdido, na atribuição do significado da perda. A ausência do filho remete a recordações e pensamentos constantes, de como tudo seria diferente se a vida não as submetesse à vivência de uma dor imensa, tal como relatam as participantes:

EA: “(...) é viver o dia-a-dia na perspetiva de como seria, como estaria, o que é que tínhamos feito (...)”.

EF: “(...) falar dele, do que seria, do que tinha sido e do que poderia ser (...)”.

A morte de um filho “inverte as expectativas das perdas esperadas na vida – a morte dos pais, dos mais velhos”, deste modo a perda fetal, faz com que os pais se sintam perdidos, “sem referências temporais” (Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira & Turato,

2014, p.118). A prematuridade e a injustiça da morte do filho direcionam os pais e família a questionarem sobre o sentido da vida (Walsh & McGoldrick, 1998).

Santos (2015) afirma que as mães embarcam num estado de paralisação, mostrando-se incapazes para continuar a viver e para exercer as atividades de vida diárias (Santos, 2015).

Há uma noção nítida pelas participantes que após a perda não se vive, mas sim se sobrevive pela ausência de motivação ou a inexistência de elementos concretos que justifiquem a permanência na vida, no mundo. A vida passa e sem sentido e sem significado associado, simplesmente passa:

EE: *“Os primeiros dias: não se vive, sobrevive-se (pausa) (...), anda-se um bocadinho à tona, eu costumo dizer é um bocadinho como a cortiça ao cimo da água, sem ter rumo, sem ter objetivos de vida, sem ter vontade de acordar para um novo dia, (...)”*.

EH: *“(...) a minha vida não tinha sentido nenhum, tinha perdido todo o sentido no momento que o tinha perdido a ele, (...)”*.

EF: *“(...) nos primeiros tempos acho que nós sobrevivemos literalmente porque temos que sobreviver, porque o nosso coração continua a bater, porque nós não fomos com eles, estamos cá e temos que continuar vivas. Mas não encontramos muito sentido para aquilo que estamos a passar e só queremos que os dias passem”*.

As participantes consideram que após a vivência da perda perinatal, para o sentido de sobrevivência, ocorrem mudanças no seu íntimo, como que fossem necessários para se conseguir reajustar à realidade, cruel que a vida lhes ofereceu, sem qualquer aviso prévio. Realidade que impossibilita o desempenho do papel de mãe e que destruiu de forma abrupta a identidade materna (Bartilotti, 2007 citado por Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013).

Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira e Turato (2014, p.128) identificaram no seu estudo que as mulheres não se reconheciam mais após a perda fetal. Há uma tendência para a “despersonalização”, para a “diluição da identidade das mulheres”.

No momento de introspecção as participantes, consciencializam-se e referem que houve alteração da identidade, chegam a constatar que não se reconhecem, indo de encontro aos achados nos estudos supracitados:

ED: “(...) nós não ficamos os mesmos, não vivemos da mesma maneira, nós sobrevivemos e tentamos, tentamos fazer de conta que estamos bem para quem gosta de nós achar que nós estamos bem e não sofrer por nós. Mas acho que nunca mais vamos voltar a ficar a cem por cento. (pausa, choro presente).”

EF: “Costuma-se dizer que quando se perde um filho não se volta a ser quem era, e não voltamos!”; “Implica tu teres que aprender a viver que aquele nascimento novo de ti como pessoa, precisas de te reinventar todos dias para continuar a conseguir viver, e viver não é sobreviver.”

EH: “(...) transformei-me completamente, deixei de ser quem era e passei a ser outra pessoa. E talvez por isso, também me tenha custado tanto porque não me reconhecia, a pessoa que existia antes da gravidez tinha desaparecido e eu não reconhecia a pessoa que eu era agora”.

EI: “(...) Tenho noção que nos tornámos pessoas mais frias, mais distantes, mais tristes sobretudo, sobretudo mais tristes, tenho essa noção. Às vezes quando me olho ao espelho, acho que tenho uma olhar condenado, já por vezes, me questioneei, “será que tenho direito a fazer determinada coisa?”.

A esta mudança de identidade referida, há também desconstruções e novas construções mentais que as participantes elaboram acerca da gravidez, nomeadamente a noção apreendida socialmente, que uma gravidez só pode correr mal no primeiro trimestre, o considerado período crítico. Verifica-se existir concordância com as ideias apresentadas pelas autoras Rolim e Canavarro (2001), quando estas clarificam que, com os avanços biomédicos inseridos no âmbito da Obstetrícia despoletaram crenças, que o mal poderia ser tratado e/ou prevenido, e de que não poderia correr mal, quando se trata de uma gravidez tão vigiada.

EA: “(...) mudar um bocadinho aquela ideia de que a gravidez só pode correr mal nos três primeiros meses, ah..., e ficar com a ideia que a partir do momento que o teste dá positivo tudo pode acontecer, incluindo no trabalho de parto (...)”.

ED: *“Porque eu pensava que os bebês só morriam até às doze semanas, pensava que só havia os abortos espontâneos que não havia mais nada, que a partir daí corria tudo bem”*.

EF: *“(…) depois de entrares neste mundo, um mundo que graças a Deus tu desconheces até teres necessidade de lá entrar, tu vês mães a perderem bebês por nada, morreram no ventre por morte súbita e ninguém te consegue justificar nada”*.

EH: *“(…) não podia ser verdade, porque isto não acontecia: só se perdiam bebês no início da gravidez, nunca no fim”*.

- **Reconhecimento da dor da perda**

O sofrimento dos pais está relacionado com a “intensidade, consistência e a valência” da ligação afetiva que depositam na gravidez, e não tanto com a idade gestacional (Camarneiro, Maciel & Silveira (2015). As autoras Rolim e Canavarro (2001) consolidam ao afirmarem que as reações à perda durante a gravidez e/ou no momento do parto provêm da intensidade de ligação ao bebé e do investimento colocado na gravidez, não estando diretamente relacionadas com os fatores; idade gestacional ou o tempo de vida do bebé. Ao citarem Ferreira et al (1990), as autoras salientam que os pais expressam sempre reações de dor e sofrimento, independentemente, da duração de vida, de ter ou não problemas de saúde e de ser fruto ou não de uma gravidez planeada (Idem).

As participantes demonstraram vivenciar sentimentos nefastos e negativos de um modo angustiante e confuso, indo de encontro aos resultados obtidos noutros estudos (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015; Lemos & Cunha, 2015a). Porém enfatizaram a ideia que a dor emocional sentida era superior a qualquer dor física no momento do parto, no pós-parto imediato e no período do puerpério (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015). Mesmo após a vivência da dor de parto e dos procedimentos invasivos no momento do parto, da cesariana: a dor emocional era o foco do sofrimento das participantes:

EB: “(...) *tinha dor psicológica (...) não tinha dor física (...)*”; “*Durante o parto, no momento que eu soube que tinha um nado morto, que tinha um bebê morto dentro de mim...*”.

ED: “*Dá cabo de nós, é viver com um buraco no coração para sempre*”.

EF: “(...) *a dor emocional era tanta que tu não sentias nada fisicamente. (...) a necessidade é sentida pela dor emocionalmente*”.

A participante EI acrescentou no seu discurso uma abordagem à tristeza expressa pelo marido:

EI: “(...) *eu costumo dizer que nunca mais vi nos olhos do meu marido, o brilho que eu via antigamente, esse brilho desapareceu (...)*”.

Rolim e Canavarro (2001) identificaram possíveis manifestações que os pais podem manifestar perante a vivência da perda.

No estudo realizado por Kersting e Wagner (2012) constatou-se que numa situação de processo de luto normal, perante uma perda perinatal, a presença de manifestações como a descrença, o desejo, a raiva e a depressão atingiram o seu ponto máximo, sensivelmente aos seis meses após a perda.

Miranda (2016) demonstra que a perda fetal é descrita pelas mulheres, no seu estudo, como uma experiência dolorosa imersa de sentimentos difíceis de descrever, em que a tristeza, a revolta e o desespero e a desilusão, tomam conta delas, em que elas perdem o controlo sobre elas próprias e são comandadas por estes sentimentos nefastos.

Por sua vez, as autoras, Farias, Freire, Chaves e Monteiro (2012) realizaram um estudo, com o objetivo de investigar os sentimentos manifestados pelas mães após a perda neonatal, no final verificaram que os sentimentos se enquadravam num contexto de grande tristeza e de pesar, entre a revolta, a dor, a desilusão e o desamparo. Também, Carvalho e Meyer (2007) identificaram no estudo efetuado, os sentimentos mais manifestados pelas mulheres e respetivas famílias, após a perda gestacional, são eles: a raiva, a culpa e a tristeza.

Autores descrevem a vivência do luto da perda perinatal como que de um “carrossel de reações e sentimentos”, se tratasse (Simionetti, 2004 citado por Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira & Turato, 2014).

Os sentimentos expressos nos discursos das participantes vão de encontro aos referidos nos estudos supracitados. Considerando a classificação de Rolim e Canavarro (2001) as manifestações emocionais expressas nos discursos das participantes foram a diversas entre a revolta, a raiva, a impotência, a culpa, o choque, a saudade, a apatia:

*EG: “Impotência (...).”*

*EJ: “Muita Revolta, muita tristeza (...).”*

*EF: “(...) o primeiro sentimento foi a revolta. Foi a tentativa de culpabilização de alguém, é a revolta por te ter acontecido aquilo, é uma tristeza profunda e horrível que tu nem sabes como é que hás-de sair dela; a apatia, chegas ao ponto em que te sentes completamente apática (...) nos primeiros meses (...) a minha vida era como um carrossel, oscilava entre situações de muita revolta, verdadeira apatia, verdadeira tristeza e nunca sabia como é que seria aquele dia (...).”*

*ED: “ (...) fase da revolta (...).”; “ (...) fase da culpa (...).”; sentir saudade de alguém que só conhecemos por um curto período de tempo e que vimos apenas por breve instantes. (Choro presente)”*

*EJ: “Hoje olho para trás e vejo que estava completamente em choque quando, eu liguei a uma das minhas amigas a contar esta situação, e ela estava a chorar do outro lado, e eu só pensar “mas ela está a chorar porquê?”, “mas ela está a chorar e eu não porquê?” Não me corria nenhuma lágrima, a primeira lágrima que me correu foi quando me a puser no peito, e estava completamente em choque; eu tinha uma série de agendamentos marcados para esse dia e telefonei da sala de partos, a desmarcar essas vistorias, e a falar que a minha filha tinha morrido como quem diz, sei lá, “olha vou tomar um café””*

*EH: “(...) choque (...). Como se não tivesse, e não tive qualquer controlo em nada. (...) Quando as coisas começaram a ser mais reais foi revolta: “Porquê a mim? Porquê chegar ao final de uma gravidez e ter de ver o meu filho no caixão? Porque é que o meu filho estava tão bem na minha barriga e foi parar a um caixão?” (...) veio a extrema tristeza, obviamente. A impotência, que vem associada à depressão (...).”*

A culpabilização é a manifestação emocional, segundo vários autores que mais a mulher associa a si própria (Walsh & McGoldrick, 1998; Morelli, Scorsolini-Comin & Santos, 2013; Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015). Enquanto progenitora, foi o seu corpo a incubadora natural para o seu filho, foi no seu ventre que sucederam constantes mudanças, onde decorreu a génese da vida do filho.

Quando o trágico acontecimento da morte perinatal surge, de imediato, as mulheres se culpabilizam indiscriminadamente. Walsh e McGoldrick (1998) consolidam que o sentimento de culpa tende a incidir mais sobre as mães, pela ideia adjacente de traição do seu próprio corpo. Farias, Freire, Chaves e Monteiro (2012) no seu estudo acrescentam que as mulheres se condenam por não terem protegido o seu filho de forma adequada, era a elas que estava incumbido o cuidado e a proteção. As mulheres acreditam que poderiam ter atuado de forma a preservar a vida do filho, impedindo a sua súbita partida (Pereira, 2012).

Santos (2015) no seu estudo concluiu que o sentimento de culpabilidade evolui da seguinte forma: quanto menos tempo passado após a perda gestacional, maior é o sentimento de culpabilidade demonstrado.

As participantes nos achados dos discursos deixam transparecer, fortemente o sentimento de culpabilidade pelo desfecho dos filhos. Tal como defende Santos (2015), a culpa está presente e intensifica-se na fase inicial do processo de luto, na fase da reação (OE, 2011):

ED: “(...) que a culpa era minha (...)”.

*EH: “(...) a culpa por (pausa), no fundo nem sei bem porquê. Porque eu não poderia ter feito nada porque foi de repente, mas se calhar a culpa por o ter deixado de sentir e de ter demorado 3 horas, que nem foi nada de especial, ter demorado  $\frac{3}{4}$  horas para ir para a maternidade. Ter achado que se calhar se tivesse vindo mais cedo que teria feito, tinha acontecido alguma coisa mais positiva. E ter o sentimento de culpa também, por ter acontecido na minha barriga, se tivesse que acontecer, tinha que ser cá fora, porquê dentro da minha barriga, quando supostamente é o lugar mais seguro do mundo”.*

EJ: *“Porque sentimento de culpa é tão grande que nós sentimos, porque eu tinha ido trabalhar nesse dia, eu devia já estar em casa a descansar, mas decidi ir trabalhar”*.

EF: *“Porque depois quando dizem, foi uma bactéria que passou ao se filho que o matou. Sabes que eu não tive culpa, mas eu tive culpa, eu não fiz conscientemente, mas foi o meu corpo que fez. Se o meu corpo me traiu uma vez porque é que ele não me pode trair outra vez, que garantias é que eu tenho que ele está a funcionar bem desta vez?”; “(...) eu entrei naquela fase de: “ a culpa foi tua, tu tens que sofrer”, e a forma que tu tens de sofrer é encarar a realidade. Porque eu não tinha direito a salvaguarda”*.

No discurso anterior, associada à culpa são passíveis de atribuir outras significações, nomeadamente a perda da potencialidade materna (Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira & Turato, 2014). Denota-se presente o sentimento de inferioridade, quando a participante se percebe como que incapaz de dar vida, a um filho saudável (Carvalho & Meyer, 2007).

A atribuição da culpa foi efetuada aos profissionais de saúde por uma participante no seu discurso:

EA: *“(...) negligência médica, e mesmo aí eles tentarem não assumir a culpa”*.

Porém, as participantes referiram outras manifestações, que segundo Rolim e Canavarro (2001) se inserem na dimensão comportamental, como o choro, a atitude de evitamento ou de procura contextos associados à gravidez e ao nascimento e o isolamento; na dimensão fisiológica verificou a presença de sinais de hiperventilação e de insónias num dos cônjuges de uma participante:

EB: *“Mas eu isolei-me bastante dele e do mundo todo”*.

EC: *“(...) as lágrimas (...) chorar (...)”; “Eu tive muitas vezes que só me apetecia estar em casa, sem ver nem ouvir ninguém (...)”*.

ED: *“Então comecei a isolar-me, comecei a sofrer sozinha, comecei a não partilhar, comecei a chorar aos cantos”; “(...) vivia os momentos tantas vezes e ia chorando cada vez que eu vivia aqueles momentos, quando ela via que eu começava a chorar ou a hiperventilar,(...)”*.

EH: “(...) eu tinha ataques de pânico na altura quando estava com muita gente (...) entrei em depressão profunda (...)”.

EI (referência ao cônjuge): “(...) ele teve meses, em que tinha terrores noturnos mesmo; ele acordava a gritar que via bebês a sair debaixo da terra. Só me descrevia que estava numa floresta, muito longe e que havia bebês, crianças a sair debaixo da terra (choro presente)”.

Considerando a distância temporal dos acontecimentos das perdas perinatais, mesmo com discrepâncias anuais, a maioria das participantes ao longo das entrevistas apresentou manifestações observáveis aos olhos da investigadora: um choro bastante predominante, momentos de silêncio, necessidade de pausa para interligar raciocínios.

Segundo os autores, o choro é a manifestação mais comum na vivência da perda. O ato de chorar emerge como uma forma natural que permite aliviar a tensão interna, e simultaneamente, permite que a pessoa enlutada expresse a necessidade de ser confortada. (Bromberg, Kovács, Carvalho & Carvalho, 1996 citados por Gesteira, Barbosa & Endo, 2006).

O evitamento ou mesmo o isolamento social é referenciado como a manifestação comportamental mais evidente, nos estudos efetuados no âmbito da temática da perda fetal (Morelli, Scorsolini-Comin & Santos, 2013; Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015), há claramente concordância com o presente estudo.

Relativamente à dicotomia das atitudes de afastamento ou de procura de contextos associados à maternidade e ao nascimento, apenas duas participantes referiram ter um comportamento de procura, como que o confronto com a realidade:

EA: “(...) vizinhas de quarto, (...), teve uma Y., com 3 quilos e por mais que, eu tivesse perdido a minha filha eu não conseguia deixar de entrar no quarto dela e conhecer a Y. E eu não tinha a A. para lhe mostrar (...).”

EI: “(...) eu prefiro encarar as coisas de frente, portanto saía à rua, obrigava-me a ir aos locais, a estar com crianças, até porque a minha vida profissional depois me iria exigir, foi um bocadinho à força”.

A maioria evitava o contacto procurando o afastamento para não exacerbar a dor. No estudo de Camarneiro, Maciel e Silveira (2015), as mulheres descreviam o momento em que ouviam o choro dos bebês como uma experiência aflitiva.

Também no estudo de Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira e Turato (2014), as participantes revelaram dificuldade no contacto com mulheres grávidas ou com bebés, uma vez que as conduzia às lembranças da ausência do seu filho. O confronto do desejo do filho e da realidade realmente alcançada no final espelha uma desproporção geradora de dor e de sofrimento. A presença de locais, onde se encontram grávidas ou bebés, pode fazer despertar sentimentos de inveja, conscientemente e/ou inconscientemente, por vivenciarem uma realidade que as mães/casais jamais poderão vivenciar com o filho perdido. Este pensamento pode invocar alterações psicológicas e emocionais, difíceis de modificar (Defey, 1992 citado por Duarte & Turato, 2009).

Contudo, a experienciar sentimentos e emoções tão repletas de dor e de sofrimento, que por vezes acabam por serem destrutivas, as participantes acabavam por soltar “expressões de expectativas positivas acerca do futuro” (OE, 2011), que se associam à resignação e aceitação da perda perinatal:

EA: *“(...) há-de chegar o nosso momento e pronto, pensar que um dia, seja qual ele for, que um dia vamos ter um bocadinho de sorte e sermos felizes, como toda a gente merece”.*

ED: *“(...) não vou conseguir mudar e vou ter de levar a minha vida para a frente (...)”.*

EE: *“(...) até se começar a ganhar outro ânimo e outros objetivos de vida”.*

EG: *“(...) a palavra “aceitação” é muito importante, nós ao aceitarmos, embora vivermos internamente com interrogações e com aquele sentimento de impotência, acho que a aceitação é a chave disto porque acabamos por meter na cabeça que aconteceu, que não podemos fazer nada, vamos ter que viver com isto o resto da vida, é uma forma de seguirmos em frente”.*

As autoras Nazaré, Fonseca, Pedrosa e Canavarro (2010) afirmam que as diferentes manifestações, associadas à vivência do luto são mais intensas, nos primeiros meses após a perda e progridem de uma forma individual e subjetiva, relativamente à diversidade e intensidade. Walsh e McGoldrick (1998) reforçam que os pais e família podem vivenciar emoções e sentimentos, sendo que fortes emoções podem-se realçar em diferentes momentos, englobando sentimentos confusos e ambivalentes.

Considerando as fases de luto presentes na definição do luto na CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2011), os discursos das participantes demonstram que vivenciaram o processo de luto dito normal, como resposta instintiva à perda do filho. Identificam-se manifestações específicas das diferentes fases: de choque, de reação e de aceitação. Este achado, a diversidade de manifestações e de diferentes fases do luto deve-se ao facto da maioria das participantes revelarem um intervalo de tempo desde a perda até ao momento da entrevista de cinco anos no máximo e de dois meses, como mínimo. O que é plausível interpretar que seguiram e seguem o percurso de um processo de luto normal, sem enveredar para um luto patológico.

No estudo de Carvalho e Meyer (2007), as fases de reação e de aceitação não foram identificadas, uma vez que se tratou do momento imediato à perda, predominava a fase de choque.

#### ➤ DESVALORIZAÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO DA DÍADE PARENTAL

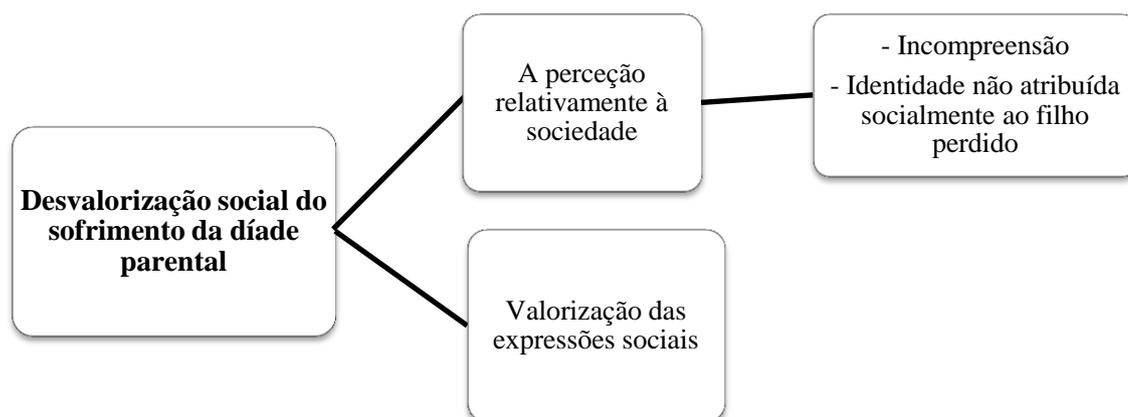
O processo de luto após a perda perinatal é mais complexo, e mais difícil que nas restantes perdas. É um desafio considerando que a nível social há uma grande lacuna, e dificuldade em enfrentar e/ou valorizar estas perdas, o que se reflete na inexistência ou ineficaz apoio às mulheres, casais e familiares (Bowlby, 1973/1998 citado por Carvalho & Meyer, 2007).

A perda perinatal, maioritariamente, não é reconhecida por elementos da família, amigos e restante sociedade (Carvalho & Meyer, 2007; Rios, Santos & Dell'Aglio, 2016). Logo, não é atribuído o significado necessário para que consigam interpretar a dor e o sofrimento que o casal vivencia. A sociedade não consegue enxergar a ligação afetiva que se foi estabelecendo ao longo da gravidez entre a díade parental e o feto in útero (Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira & Turato, 2014; Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015), este seria o marco para a compreensão da dor indiscritível que os pais sentem.

Lewis (1976) citado por Walsh e McGoldrick (1998) englobam a perda perinatal nas perdas ocultas, uma vez que, grande parte das vezes não é reconhecida, o que torna a perda mais dolorosa. O facto de não existir bebé para chorar, a inexistência de memórias

e de se falar de uma morte súbita, conduz ao não reconhecimento pela sociedade (Koch, Santos & Santos, 2012), porém na morte perinatal, comumente, existe a presença de um corpo, ao qual se associa lembranças pode ser um aspeto modificador de mentalidades e de atitudes mais assertivas juntos dos pais e famílias (Santos, 2015 citado por Cabral, 2015).

**Diagrama 4: Desvalorização social do sofrimento da díade parental e suas categorias.**



- **A percepção relativamente à sociedade**

Carvalho e Meyer (2007) consideram que o impacto do processo de luto tem particularidades, essencialmente, quando este é negado e desvalorizado pela sociedade, tal como foi evidente no estudo que realizaram. A perda perinatal não é reconhecida na sua plenitude, uma vez que não é visivelmente anunciada e muito menos socialmente validada (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006).

Os pais e restante família têm que se adaptar a uma nova realidade sem o objeto de amor presente, o que é um processo exigente e difícil. Neste sentido quando ocorre a negação da morte perinatal, socialmente, há uma maior dificuldade nessa adaptação, defendem os autores Walsh e McGoldrick (1998).

No presente estudo as participantes debruçaram um olhar crítico sobre a sociedade perante a perda perinatal. E também elas demonstram sentimentos de incompreensão e até de alguma injustiça, parecendo que não lhes é permitido chorar a dor de um filho que partiu cedo demais, ou se é permitido a sociedade considera haver um tempo estipulado, como que se houvesse um tempo padrão e tivesse de ser rigorosamente cumprido. Iaconelli (2007) citada por Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira e Turato

(2014) afirmam que o luto perinatal acarreta transborda olhares de incompreensão, por aqueles que, simplesmente consideram somente o tempo de convívio, entre a díade parental e o filho.

EA: *“(...) para a sociedade perder um filho às 15, 20, 30 ou 38 semanas é considerada uma perda comum, não temos direito a fazer o luto de um filho porque nem sequer o conhecemos. E perder um filho com 2, 3, 4 anos de idade aos olhos da sociedade é visto de maneira diferente (...)”*; *“(...) ao longo destes dois anos é o que eu tenho sentido, eu não tenho, ou seja, direito, aos olhos dos outros a sofrer, ou se tenho direito a sofrer já não devia estar a sofrer porque já passaram dois anos. “(...) a sociedade ainda é um bocadinho retrógrada, eu vou utilizar mesmo: atrasada, há certas pessoas que são atrasadas neste tema, (...), prefiro que não me digam nada, que me deem um abraço ou um beijo, do que abram a boca e digam asneiras porque às vezes dá aquela vontade de querer ser mal-educada e responder porque desvalorizam a dor porque não é nelas (...)”*.

ED: *“(...) dizem tanta coisa má, tanta coisa que dói ouvir (...) tenho a sensação que só eu, e o meu marido, os meus pais e os meus sogros é que nos lembramos que o D. existiu e que o D. morreu porque para todos os outros faz de conta que nada aconteceu (...)”*.

EF: *“A sociedade foi e continua a ser cruel.”*; *“É mais fácil para as pessoas encaixarem a morte de um bebé de meses do que, de um recém-nascido ou de uma perda gestacional porque não o conheceram, como elas não o conheceram, ele não existiu (...)”*.

EG: *“A sociedade não está preparada, os comentários que as pessoas fazem, não são os melhores comentários. As pessoas acham que por nós termos convivido pouco tempo com o filho ultrapassamos bem a dor. Têm a mania de julgar a forma como nós vivemos a seguir à perda”*.

EH: *“(...) é um assunto tabu e é (...), é um luto que a maior parte da sociedade, inclusive, os profissionais de saúde não conseguem compreender. Como não viram o bebé é como se ele não tivesse existido; o que para nós não é verdade”*.

EI: “(...) às vezes, quando as pessoas fazem de conta que nada aconteceu, para nos protegerem, ainda nos magoam mais.”; “(...) eu acho que há pessoas que ignoram, é como se não tivesse existido aquela criança”.

Dos testemunhos das participantes além da desvalorização social da morte perinatal, em específico há um comportamento da sociedade que provoca uma reação negativa, quando presente: o não reconhecimento do filho, o facto de não lhe atribuírem a identidade que possui para a mulher/casal/família, exacerba a dor e o sofrimento que corrói no interior das participantes. O desejo manifestado é que a sociedade as encare como mães, porque geraram um filho no ventre semanas arrastadas, sentiram o filho, conversaram com o filho, visualizaram o filho, construíram uma ligação de amor, de cumplicidade e de proteção, passaram por um trabalho de parto – são mães e os filhos têm uma identidade própria, têm rosto e características únicas e insubstituíveis. Tal como demonstram os seguintes testemunhos, as participantes somente exigem alterações de mentalidades e de comportamentos à sociedade em geral, alertam para a importância, para elas próprias, enquanto mães, para os pais e familiares, do reconhecimento de existência do filho perdido:

EH: “Cheguei a dizer que o que eu tinha perdido não era uma barriga de gravidez, tinha perdido um filho. Que para ela podia ser uma só barriga, para mim não era, era o meu filho”.

EI: “E a criança existiu, existe para nós, portanto não faz sentido nenhum fazer de conta que ela não esteve”.

A participante seguinte focaliza, que perante comportamentos menos esperados da sociedade, nunca deixou que ninguém desvalorizasse a sua dor. Assumia-se como mãe a vivenciar um processo de luto perinatal e como tal só queria o respeito pela sua dor e na sua forma de vivenciar e elaborar o luto:

EA: “(...) nunca deixar que desvalorizassem a minha dor como mãe, (...)”; “(...), não queria que passassem por ela, mas era a minha dor. Eu sabia a melhor maneira de viver o luto, não era porque os outros achavam que eu não deveria fazer A, B ou C que eu acabava por fazer...”.

- **Valorização das expressões sociais**

As participantes consideram que não é fácil a abordagem para os Outros, há dificuldade para alguns indivíduos abordar o tema da morte, e mais difícil se torna quando se enuncia uma morte de um filho que deveria estar a nascer com vida. Por vezes é nítida e clara a preocupação e a vontade de serem agradáveis, porém as abordagens que daí resultam, sejam elas inconscientemente ou não, caem num extremo de, imensamente, desagradáveis. As palavras escutadas por vezes fazem explodir e originam movimentos de raiva e de revolta.

Vulgarmente, os pais ouvem palavras e frases elaboradas que se remetem fundamentalmente à plena substituição, ou seja, como que um filho numa futura gravidez substitua na íntegra o filho perdido e expressam a vontade social de acelerar o trabalho de luto, exercendo pressão, através do soletrar de cada palavra (Bromberg, Kovács, Carvalho & Carvalho, 1996 citados por Gesteira, Barbosa & Endo, 2006; Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013). Esta pressão para o abandono precoce do processo de luto pode originar duas situações distintas: o casal enlutado pode vivenciar o processo de luto isoladamente ou pela pressão exercida pela sociedade, pode abandonar o processo de luto, sem que esteja completamente resolvido, o que poderá desencadear problemas futuros, ou até mesmo, enveredar para um processo de luto patológico (Bromberg, Kovács, Carvalho & Carvalho, 1996 citados por Gesteira, Barbosa & Endo, 2006).

As atitudes e comportamentos expressos pelas participantes vão de encontro às ideias dos autores supracitados:

EA: “(...) *eu ouço coisas do género: “és nova, vais ter outros” (...) “ Não sei, como é que és capaz de falar da tua filha como se ela existisse”, foi a pior coisa que me disseram!*”.

EC: “(...) *“não o tens nos braços, portanto há que esquecer e seguir em frente”; (...) conseguiu-me dizer: “tem que esquecer” e eu “Esquecer?”, ela também foi mãe, é possível pedir a uma mãe para esquecer o filho, independentemente de o ter ou não nos braços, é possível? Eu acho que não*”.

ED: “(...) a senhora não sei o que lhe deu e perguntou-nos: “Ah, vocês é que são aquele casal que morreu o bebé?”; (...) “Vocês são novos! Ai são tão bonitos, logo fazem outro”, é aquela conversa de costume (...)”.

EF: “Sabe, se quer ser uma boa mãe para o filho que traz na barriga tem que esquecer o seu primeiro filho!”; “(...) estas a chorar pra quê? Porque é que estás a chorar? Já nem barriga tens, porque é que estás a chorar?”.

EG: “Mal estiveste com a criança!”; “Porque é que estás assim?”, “Se ela tivesse 30 anos, ia-te custar mais!”.

EH: “Deixa lá, vais ter outro”; “Foi porque Deus quis!”; “Ai se calhar ia ser drogado e Deus preferiu levá-lo mais cedo”.

EI: “Deixa lá, isso passa”.

EJ: “(...)“era pior se tivesse sido o teu filho mais velho”, como se eu tivesse mais amor pelo mais velho do que pelo mais novo”.

Keating e Seabra (1994) verificaram que, frequentemente, as pessoas demonstram expectativas inadequadas quanto à duração do processo de luto, nas situações de perda perinatal. Na maioria das vezes as pessoas, não sabem o que dizer, nem se sabem comportar, optam por fazer de conta que nada aconteceu ou tentam minimizar a dor da perda (Layne, 1997 citado por Rolim & Canavarro, 2001), o que remete estes pais para um maior isolamento social.

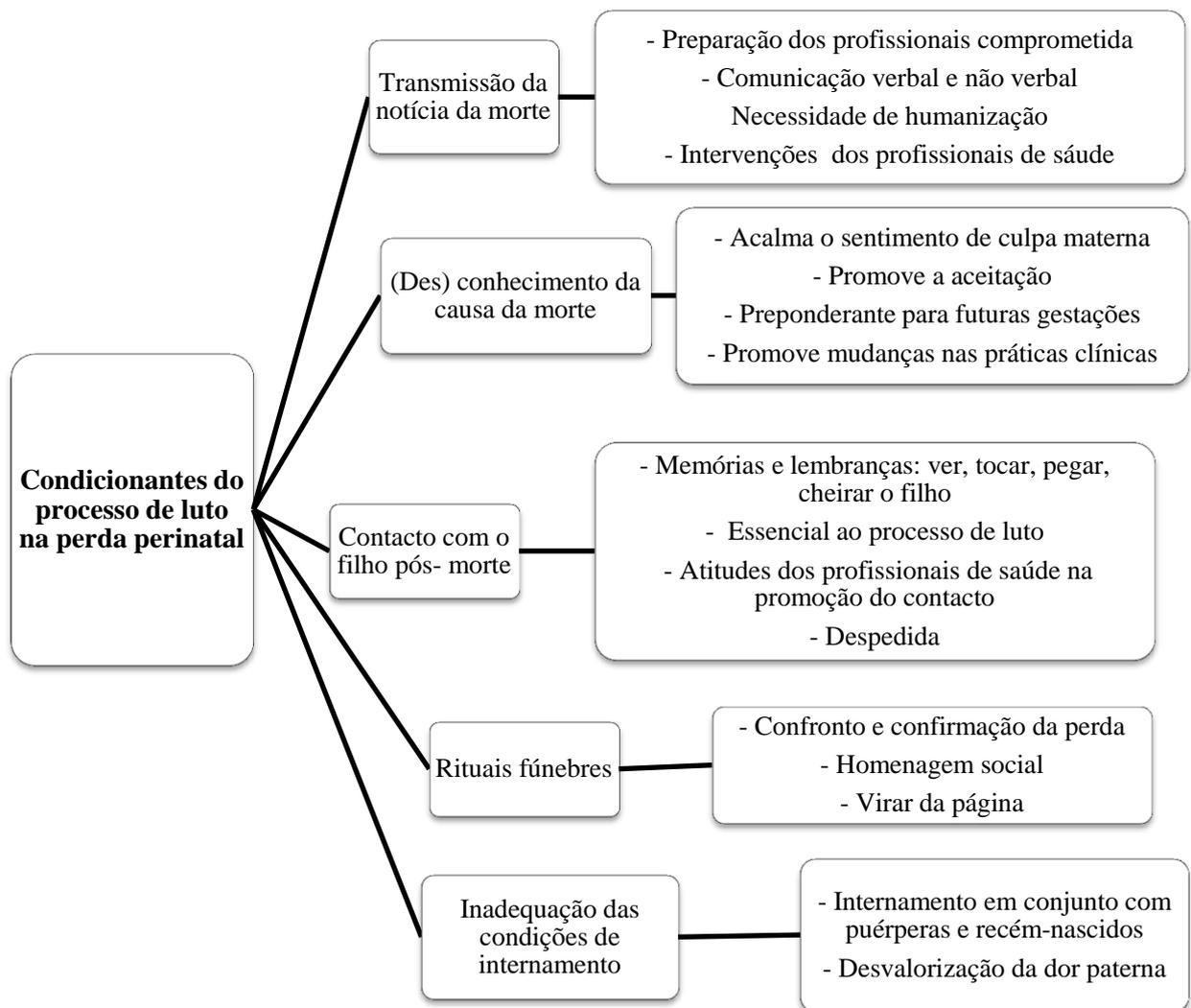
O processo de luto faz parte da natureza humana, a sua vivência é mais sadia e menos dolorosa para quem o vivencia, quando a sociedade está consciente da normalidade dos comportamentos, aparentemente, anormais expressos pelos pais enlutados (Rebelo, 2012).

#### ➤ CONDICIONANTES DO PROCESSO DE LUTO

A forma como as mulheres/casais e respetivas famílias elaboram o processo de luto está na base de inúmeros fatores, tal como defende Rolim e Canavarro (2001). A forma como os fatores são percecionados determina as reações perante a perda (Idem). Os fatores que influenciam o impacto da morte são diversos, e consequentemente,

determinam a natureza e a resposta de uma família à perda (Walsh & McGoldrick, 1998). Perante os discursos analisados das participantes, a investigadora para a categoria: condicionantes do processo de luto na perda perinatal, identificou quatro subcategorias que influenciam favoravelmente ou desfavoravelmente a progressão do luto.

**Diagrama 5: Condicionantes do processo de luto na perda perinatal e respetivas subcategorias.**



- **Transmissão da notícia da morte**

Às maternidades estão subjacentes representações com conotações positivas relacionadas com o nascimento, evento assinalado por emoções positivas, ou seja, espera-se o nascimento de bebés bonitos e saudáveis e consequentemente pais alegres e

emocionados. Contrariamente, a maternidade também pode ser cenário de outras vivências no decorrer da gravidez e/ou no momento: as perdas fetais ou perdas perinatais. Estas são vividas como experiências negativas à saúde física e mental da mulher/casal/família (Lemos & Cunha, 2015b).

A comunicação da morte de um filho que deveria nascer com um choro vigoroso é um momento ingrato para qualquer profissional de saúde, vê-se confrontado com o paradoxo na Obstetrícia, em que o objetivo é proporcionar vida, e pelo contrário, transmite a constatação da morte (Keating & Seabra, 1994). A forma de atuação dos profissionais de saúde por vezes, não é a mais correta, podendo agir de forma distante, quase fria, negando a gravidade da perda (Montero, et al., 2011). Autores referem que, os profissionais de saúde têm consciência que há falta de estratégias, de destrezas e de recursos, nas situações de perda, o que condiciona as respostas às necessidades da mulher/casal/família (Idem).

Segundo as participantes, quando questionadas sobre a percepção que possuem quanto à preparação dos profissionais de saúde para lidar com a perda perinatal, as respostas foram congruentes entre si, indo de encontro aos achados na literatura científica existente:

EB: *“Não, não estão. Porque se estivessem preparados o nosso sistema de saúde não acontecia o que acontece; (...)”*.

EC: *“Alguns sim, há outros que não. Alguns sim, e a nível aqui deste hospital, os mais velhos sim estão, pelo menos no meu caso; os mais novos não”*.

ED: *“Acho que nem os médicos estão preparados, nem os enfermeiros, nem ninguém”*.

Sousa, Barradas, Teixeira e Pereira (2014) salientam que aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros, como cuidadores, estão incumbidas tarefas importantes: assistir os pais na elaboração do processo de luto e atender às suas necessidades específicas e individuais. Os enfermeiros devem estar preparados para atuar juntos dos pais que perderam o filho, e enquanto profissionais capazes de reconhecerem o sofrimento do Outro, devem demonstrar atitudes incidentes no apoio, no conforto, no respeito e na responsabilidade (Farias, Freire, Chaves & Monteiro, 2012). Assim, quando detetada uma morte perinatal, esta deve ser comunicada de forma calma,

salvaguardando condições de privacidade, demonstrando disponibilidade para clarificar questões, proporcionando ainda a presença do acompanhante/pessoa significativa para que este possa apoiar a mesma (Sousa, Barradas, Teixeira & Pereira, 2014).

Salienta-se, que o momento de comunicar a notícia da morte é um acontecimento gerador de stresse e de ansiedade, para o profissional que está incumbido de transmiti-la. Não se pode ignorar o valor que lhe é atribuído, e que irá influenciar diretamente o processo de luto e a relação entre a mulher/casal/família e os profissionais (Montero, et al., 2011).

EF: *“A notícia foi-me dada por uma médica, que não era minha médica, que me acordou da anestesia geral a dizer-me: “O F. teve um problema. O F. teve um problema grave. O F. morreu!”; movimento de retirada e foi-se embora, deixou-me com aquela notícia sozinha. Acordou-me com isto, eu não estava acordada, acordou-me com isto!” Às vezes, eu acho que os médicos estão menos preparados que os enfermeiros, são menos humanos, são menos capazes de se aproximarem de ti, aquilo que eu senti em relação aos médicos foi isso. Foi os próprios médicos a não saberem lidar com a perda, tanto que a justificação que me deram para a pediatra me ter tirado o F. mais cedo dos braços foi que ela achava que a culpa era dela. Não se envolvem com as pessoas que têm à frente, não percebem que estão a trabalhar com seres humanos com histórias de vida, com sentimentos, com emoções, que não são máquinas. Transformam-se a elas próprias em máquinas, se calhar para sofrer menos, não faço a mínima ideia, qual é a preparação que elas têm para conseguir lidar tão bem com estas situações, que eu acredito que elas não sejam fáceis de lidar porque elas lidam com a vida, não lidam com a morte. Mas acho que se esquecem um bocadinho que estão a lidar com pessoas, mais do que isso com mulheres que são extremamente sensíveis, (...)”.*

O discurso da participante demonstra os pressupostos dos estudos supracitados, a complexidade dos achados engloba a atitude inadequada que, por vezes, alguns profissionais exercem, ou por traços de personalidade, ou por comportamento de fuga. Porém, compromete-se a humanização dos cuidados e a relação de ajuda não é eficaz, numa situação tão peculiar como a morte perinatal, tal como deixa transparecer a participanten no seu discurso.

A perda perinatal está englobada na definição genérica de uma má notícia, como tal, tem um impacto negativo na perspetiva futura da pessoa que recebe, neste âmbito a díade sofre repercussões ao nível cognitivo, emocional, espiritual e comportamental. A forma como a notícia da morte perinatal ocorre irá ser determinante para a sua aceitação (Sequeira, 2016). O autor identifica componentes primordiais, inerentes à comunicação da má notícia: “fortalece a relação terapeuta-indivíduo; reduz a incerteza da situação vivida pelo indivíduo; oferece uma orientação ao indivíduo e à sua família; minimiza sentimentos de isolamento, solidão e medo; grande maioria das pessoas quer e tem o direito de saber” (Sequeira, 2016, p. 77).

Porém, Camarneiro e Gomes (2015) consideram que os profissionais de saúde perante a morte de clientes identificam manifestações de angústia, e consequentemente, o trabalho com as famílias enlutadas são momentos geradores de elevados níveis de stresse. Por sua vez, Montero, et al. (2011) no seu estudo detetou nos profissionais de saúde sentimentos negativos perante as situações de perda perinatal, como ansiedade, pena, angústia, culpa, raiva, sensação de fracasso e impotência. O que pode estar na base do comportamento de evitamento e/ou de fuga é este confronto com os seus próprios sentimentos e com os seus medos, perante a dor e o sofrimento atroz destas mulheres/casais. Os profissionais reconhecem a falta de conhecimentos para o planeamento de cuidados, sugerindo formação para o cuidado e intervenção nos contextos de perda perinatal (Idem).

O discurso de uma participante comprova a existência do tratamento inadequado, que é validado por alguns profissionais de saúde:

*EC: “(...) a notícia foi dada pela minha obstetra e foi desumano, foi, foi... Acho que fui tratada pior do que estar a falar com um animal, porque consigo falar, como já te tinha dito, eu consigo falar melhor para os meus animais que estão na casa dos meus pais, consigo chegar e falar com eles melhor do que ela ao falar comigo. Foi, a palavra é horrível, que ainda é muito..., como é que eu hei-de explicar... é muito boa para descrever a notícia, a notícia como ela foi dada”.*

Miranda (2016) com o seu estudo reforça a perceção da participante acima transcrito. Ao verificar que, igualmente, no seu estudo, as mulheres percecionaram o momento da transmissão da notícia da morte fetal, como frio e pouco humano, no âmbito da equipa

médica. Segundo o estudo, nos relatos não foram contempladas características como a privacidade, a compaixão e a empatia nos profissionais médicos, aquando da transmissão da notícia. As mulheres assemelharam o momento, como se de uma simples rotina se tratasse, ou diagnóstico (Idem).

Não houve o cuidado da parte dos profissionais médicos, em assegurar a presença de uma pessoa significativa para proporcionar apoio, foi aplicado mesmo, o termo “desvalorização” por parte do referido grupo profissional (Monteiro, 2016). Por sua vez, Gold (2007) numa revisão sistemática efetuada, também constatou a ideia que os médicos habitualmente, são mais neutros e frios a lidar com a perda fetal.

De forma a humanizar o momento da má notícia, da morte perinatal enquanto fenómeno em estudo, é preponderante recorrer a protocolos de forma a proporcionar uma assistência holística e humanizada, sem grandes desvios. Sequeira (2016) referencia o protocolo SPIKES, dos autores Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale e Kudelka (2000), para comunicar más notícias, o qual se processa por etapas:

- “S (setting) – planear a entrevista. Preparar-se e preparar o ambiente”: o profissional de saúde deve ser possuidor de toda a informação necessária e oportuna ao momento de transmitir a notícia, sempre, ambiente calmo e acolhedor, onde salvaguarda a privacidade;
- “P (perception) – avaliar a perceção do indivíduo (o que este já sabe)”: o profissional de saúde deve validar o que o indivíduo sabe, determinando o estado emocional e o nível de compreensão que manifesta;
- “I (invitation) – convidar o interlocutor a falar e identificar o que se pretende saber”: o profissional de saúde deve responder, de acordo com o que o indivíduo quer realmente saber;
- “K (knowledge) – transmitir a informação gradualmente”: a informação deve ser transmitida de forma clara, sem recurso a termos técnicos, deve fluir uma linguagem acessível e de fácil compreensão de acordo com as características do indivíduo. De acordo com a gravidade, deve ser repensada a transmissão da informação de forma gradual, proporcionando sempre momentos para a escuta de eventuais dúvidas;
- E (explore emotions) – permitir a expressão de emoções e apoiar”: a transmissão da má notícia conduz a respostas emocionais abruptas, alternando entre o silêncio e o

choro. O profissional de saúde pode sentir dificuldade na resposta mais adequada, porém é-lhe pedido que providencie o suporte possível e adequado;

- “ S (strategy and sumary)- apresentar uma estratégia de intervenção e planejar o futuro”: a má notícia não tem só impacto no momento, acarreta repercussões para o futuro, pelo que é extremamente importante, que o profissional de saúde elabore um plano de intervenções. O profissional de saúde deve demonstrar uma esperança realista, determinar metas em conjunto com o indivíduo e encaminhar para ajuda qualificada, sempre que visualize como oportuno. (Sequeira, 2016).

O autor sintetiza que, os profissionais de saúde devem adotar uma relação de ajuda, demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, adequar técnicas de comunicacionais (verbais e não-verbais), minimizar possíveis sentimentos de culpa, prestar apoio emocional, acompanhar os familiares na gestão da dor, do sofrimento e na manifestação das emoções e encaminhar para ajuda especializada, no âmbito da psicologia (Sequeira, 2016).

De acordo com os testemunhos das participantes houve profissionais que conseguiram contemplar todas as intervenções acima descritas, na sua forma de atuação perante a figura materna/díade. Contudo, destacam que outros adotaram uma atitude fria e distante perante a comunicação da morte do filho desejado.

No estudo da autora Miranda (2016), as mulheres demonstraram satisfação nos cuidados prestados pelos enfermeiros ao salientarem a componente relacional, em que a vertente emocional se realçava perante a vertente técnica. Destacam o apoio, a empatia a disponibilidade, o respeito, a compaixão e o acompanhamento perante a mulher/casal/família (Idem).

No seguinte testemunho enfatiza-se a disponibilidade, a essência do enfermeiro “saber ser e saber estar com” a mulher, recorrendo a uma relação empática, com um a comunicação calma e assertiva, não menosprezando os gestos terapêuticos: o toque terapêutico nas situações de perda fetal é fundamental, transmite uma sensação calorosa que fala por si só, e que ampara:

*EA: “(...) a minha médica que me acompanhou durante nove meses, que me deu a notícia do género: “Sabe A. houve uma complicação no parto e a A. faleceu”. Foi assim que a minha médica me disse que a minha filha tinha falecido. E a enfermeira não me disse isso, a enfermeira quando eu acordei,*

*perguntei pela minha filha e ela carinhosamente, ah..., me disse que, “Tenha calma que a médica e a pediatra já vêm falar consigo, tenha calma”. E eu perguntei, novamente pela minha filha, porque sentia que havia ali qualquer coisa que não estava a bater certo, e a enfermeira dá-me um gesto de carinho no rosto.”; “(...) eu estou a acordar de uma anestesia, estou a acordar de um trabalho de parto e andei grávida, nove meses e acordo com a notícia que não tenho nada. Portanto os profissionais são todos muito diferentes dentro da mesma área, temos é que ter sorte”.*

O toque terapêutico identificado no testemunho anterior, segundo Sequeira (2016), é classificado como um fator promotor da eficiência da comunicação não-verbal, tal como: a aparência, os gestos, a postura e atitudes corporais, o contacto visual e a expressão facial. Segundo o autor, o toque foi um gesto, em que a mão tocou no corpo da participante para cuidar e para aliviar a dor e o sofrimento (Idem).

A aparência, engloba a roupa, o cabelo, a maquilhagem, a postura corporal, num profissional de saúde, estes aspectos exteriorizam dimensões intrínsecas à sua personalidade. Enaltece-se a forma de estar, de viver, a sua autoestima e a estima perante os outros, percebe-se a segurança interior do profissional e a capacidade de interesse com os Outros. Todos os aspectos referenciados são fundamentais à comunicação (Phaneuf, 2005 citado por Sequeira, 2016, p.73).

No enquadramento da aparência e da postura corporal, no próximo testemunho, evidencia-se a desvalorização que por vezes, os próprios profissionais de saúde atribuem à perda perinatal, seja com estratégia de  *coping*  ou por traços individuais. A verdade é que é pertinente uma reflexão para decifrar comportamentos inadequados e que podem dificultar a expressão do sofrimento da mulher/casal. No presente testemunho contrariam-se os pressupostos definidos pelos autores Sousa, Barradas, Teixeira e Pereira (2014), quanto à privacidade e disponibilidade e ao saber ser e saber estar:

*ED: “A forma como a notícia foi dada (pausa, com choro).”; “(...) alguma coisa não estava bem e também percebi quando ele estava a fazer a ecografia pela expressão que ele tinha no rosto, e pelo facto de ele estar a demorar, a passar e a olhar (choro) (...) Quem realmente foi muito frio, foi essa médica, que eu não sei o nome dela, mas nunca me vou esquecer: das*

*feições dela, do cabelo dela e da postura. Ela tinha as mãos nos bolsos que nem tirou, e ter dito para o colega, para o interno “mas o que é que tu queres que eu acrescente aqui? É aquilo que estás a ver, não tenho mais nada aqui a fazer!”; e foi-se embora e deixou-o sozinho para me dar a notícia.”*

Os profissionais de saúde inseridos nas maternidades devem possuir habilidades e competências para proporcionar uma assistência adequada, humanizada e holística a estas mulheres/casais (Santos, et. al, 2012). Perante a análise dos testemunhos das participantes no estudo, verifica-se que alguns profissionais são capazes de proporcionar o cuidado pretendido na vivência da morte perinatal, e visualizam o foco de enfermagem na oferta de apoio emocional, enquanto outros não. Os enfermeiros para prestarem cuidados diferenciados e personalizados devem ser detentores de conhecimentos teórico-práticos sobre a perda fetal, tal como refere Santos et al. (2012). Os mesmos autores sugerem que, é necessário construir um plano específico para a intervenção junto das mulheres/casais/famílias.

Sintetizando, Montero, et al. (2011) consideram que o ato de cuidar e o acompanhamento de pais que vivenciam uma perda perinatal, deve ser baseado em normas de assistência pré-definidas, não deve ser algo a improvisar no momento que sucede. Neste âmbito, a formação sobre técnicas comunicacionais e práticas relacionais de ajuda é visualizada, como a alavanca para que os profissionais de saúde intervenham positivamente, na perda perinatal. Mas a formação na morte perinatal implica que cada profissional de saúde determine a sua disponibilidade interna, os seus valores, conceitos e preconceitos relativos à morte, ao ato de morrer e também às suas experiências pessoais de perdas, morte e de luto (Esslinger, 2004 citado por Bretas, Oliveira & Yamaguti, 2006).

- **(Des) conhecimento da causa da morte**

Muitas mulheres expressam uma forte ânsia para obter informações, que proporcionem respostas para o insucesso da gestação, como forma, talvez, de encontrar explicações e adquirir um certo alívio (Nikcevic, Kuczmierczyk, Tunkel e Nicolaidis, 2000 citados por Carvalho & Meyer, 2007).

Quando a morte perinatal ocorre é importante identificar a causa, por dois motivos distintos: os pais têm o direito de saber, de tomarem conhecimento de todas as informações inerentes ao acontecimento; do mesmo modo a identificação da causa da morte irá permitir uma vigilância mais adequada numa futura gravidez do casal, minimizando risco (Cecatti & Aquino, 1998). Porém, muitos óbitos fetais não têm causa de morte identificada (Cecatti & Aquino, 1998; Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010; Lemos & Cunha, 2015a).

O processo de luto tende a ser mais agudo, quando não há conhecimento de uma causa médica, que justifique a morte perinatal. Para a mãe, que tinha em seu ventre o filho, este desconhecimento pode intensificar o sentimento de culpa, que como já foi referido, é-lhe, intrinsecamente, associado pela génese da vida ser no seu corpo (Nazaré, Fonseca, pedrosa & Canavarro, 2010). Neste contexto, surge uma necessidade psicológica de encontrar e de entender, causas que permitam o acesso à explicação do sucedido, considerando que o psiquismo fica mais vulnerável perante o desconhecido, do “obscuro labirinto mental” (Duarte & Turato, 2009).

As participantes autorizaram a realização de procedimentos como a autópsia e o estudo anátomo-patológico placentar, assim, como acederam a estudos genéticos para a obtenção de respostas que justificassem o trágico final, de um acontecimento com conotações tão positivas como o da gravidez. O conhecimento da causa pode proporcionar uma libertação da culpa materna, como pode servir de alavanca para a indignação:

EJ: *Mas não ajuda, ou ajuda a apaziguar um bocadinho o sentimento de culpa, mas por um lado revolta um bocado mais, porque é que uma pessoa tem que ter defeitos não é?”.*

EA: *“Ao longo destes dois anos senti que a própria instituição, desde diretor, desde médica, a minha própria médica ... ah... e todo o corpo clínico que a maternidade tem, até hoje, eu não fui chamada para nada, eu não tive uma única explicação para o que aconteceu com o meu caso.”;*  
*“Inclusive o facto de não me deixarem, ou não quererem que, eu fizesse uma autópsia, que eu autorizasse uma autópsia, o facto de eu os confrontar com a possível negligência médica e o facto de quando sou chamada para*

*me dizerem o resultado de uma autópsia, o resultado tem...dá como negligência médica, (...)*”.

Na comunicação da causa da morte, entre o profissional de saúde e a mãe/casal é importante a congruência e a assertividade. O profissional não pode ignorar o facto de os pais estarem a viver desesperados, pretendem obter explicações, as quais poderão permitir alcançar alguma serenidade e sossego, na mente e no coração.

No discurso seguinte a participante demonstra a ambivalência perante a comunicação da causa da morte, pela incongruência, não lhe foi transmitida uma causa objetiva:

*EF: “(...) ajuda muito, se acreditares na justificação que te dão. O grande problema é que, depois comesças a ouvir vozes dissonantes e a dizer-te, como eu ouvi, que o facto de ter uma pneumonia não era o suficiente para o F. ter morrido (...).”; “Na autópsia sai a dizer que o meu filho morreu com uma pneumonia congénita, que os pulmões tinham..., não se desenvolveram (...) a tua dor é exactamente essa é não te dizerem “foi isto”. Que de alguma forma, não te vai trazer o teu filho de volta, mas vai-te dar alguma coisa a que tu te agarres”.*

O desconhecimento ou a ausência de causas para a morte pode fazer com que os pais demonstrem medo de engravidar, novamente (Silva & Nardi, 2011). Achado partilhado pelas participantes, que expressam o medo de uma futura gravidez, sem o conhecimento das causas da morte perinatal. De alguma forma, deixam transparecer o tempo de demora dos resultados, e que condicionam e adiam o planeamento de uma nova gravidez:

*EC: “Quería saber os resultados primeiro, só que estão demorar, temos de esperar. (...) queremos partir para uma próxima, mas ver o que é que há a fazer antes de. E se há alguma coisa a fazer ou se não se está tudo bem e, se puder partir para outra, sem tratamentos, sem nada, mas pronto temos que esperar pelos resultados para saber”.*

Quando presente o conhecimento da causa da morte, esta assume um valor primordial para o planeamento de futuras gestações. Permite atuar de forma a minimizar futuros riscos materno-fetais, promovendo o bem-estar e um nível moderado de confiança da mulher no seu corpo e do casal, nos profissionais de saúde. Perante a obtenção de

resultados, as participantes consideram que o conhecimento da causa da morte conduz à aceitação, e conseqüentemente, à confiança e segurança numa nova gravidez:

*EH: “(...) mas obviamente que saber o resultado ajuda para depois conseguir aceitar, ou melhor, conseguir avançar para uma nova gravidez, acho que é mais isso, conseguir avançar para uma nova gravidez sem ter tantos tormentos, sem estar a pensar o que é podia acontecer e o que vai acontecer outra vez”.*

*EJ: “Ajuda numa próxima gravidez, acho eu, porque uma pessoa está mais atenta aos sinais”.*

No próximo testemunho a participante iniciou uma procura constante de informação, após a identificação da causa, a participante procurou páginas da internet e artigos para tentar adquirir mais conhecimentos sobre a causa da morte. Com a aquisição de conhecimentos a aceitação da perda vai progredindo ao ritmo da mulher/casal, libertando eventuais culpabilidades que possam invadir a mente. Verifica-se no discurso a aceitação quando, ocorre a consciencialização de que o filho fisicamente não voltará, mas que a sua fatalidade proporcionou revisões e construções de protocolos existentes.

*EI: “(...) disseram é que era de placenta prévia, foi a única coisa, que me disseram. O conhecimento de uma causa ajuda, a mim ajudou-me no sentido de eu depois também pesquisar um bocadinho do que era a placenta prévia e perceber que é algo muito complexo também. Ajudou-me também, eu saber que após me ter acontecido o que aconteceu, foi mudado alguns procedimentos nos hábitos da maternidade. Eu não sou da área mas acho que é assim, que a medicina acaba por avançar um bocadinho, tenho é muita pena que me custasse a vida de um filho, mas pelo menos que possa ajudar outras mães, e outros bebés do futuro, mas para mim ajudou-me ver que alguma coisa mudou nesse sentido, para mim ajudou (...)”.*

Quando as causas são identificadas estas podem ser associadas a fatores maternos: distúrbios hipertensivos que podem levar a quadros clínicos de pré-eclampsia, eclampsia ou síndrome de help; infeções, distúrbios endócrinos, como a diabetes; a isoimunização associada ao fator Rh; o uso de substâncias durante a gestação; alterações fisiológicas como a hipoplasia, o útero bicorno ou septado, a presença de miomas podem também estar associadas à morte fetal. Os fatores fetais: anomalias congénitas,

estruturais, cromossômicas do feto e/ou a fatores anexiais: descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, complicações do cordão umbilical (Amaral, Cordeiro & Soares, sd).

- **Contacto com o filho pós-morte**

Autores consideram extremamente importante, o momento em que os pais conhecem o filho, e simultaneamente, se despedem. Assumem ser uma atitude determinante e preponderante para a elaboração do processo de luto, uma vez que ações como o ver e o segurar o bebê confirmam a realidade do nascimento e da morte (Klaus & Kennel, 1993; Keating & Seabra, 1994; Carvalho & Meyer, 2007; Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010; Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013). A possibilidade de a mulher/casal criar memórias e lembranças do filho, através do toque, de acariciar, do cheirar, do sentir, do fotografar, revela uma envolvimento que permite a expressão precoce do sofrimento (Woodroffe, 2013 citado por Tavares, 2013).

Porém, a construção que os pais fazem sobre a imagem corporal do filho, positiva ou negativamente, irá condicionar a decisão de ver ou não o filho (Carvalho & Meyer, 2007). Os autores, Corbett (2006), Carvalho e Meyer (2007) salvaguardam que o facto de os pais estabelecerem contacto visual e sensorial com o filho é uma atitude preventiva à instalação de um processo de luto patológico. Ideia que, Rolim e Canavarro (2001) corroboram ao descrever que o processo de luto pode ser afetado quando os pais não podem ver o bebê, não lhe atribuíram um nome ou se não participarem nos rituais fúnebres. Uma vez que esta ausência de sinais impede a formulação de lembranças de uma memória do bebê.

Os discursos seguintes vão ao encontro às evidências da literatura científica existente, em que as participantes descrevem a importância de conhecer o filho real que permanecia no seu ventre. Na análise dos achados das entrevistas que se seguem, é notável a necessidade de os pais elaborarem uma imagem do filho, obter lembranças mensuráveis, como fotografias. Para a maioria, exceto uma participante, o contacto com o filho tinha de acontecer e foi valorizado para o processo de luto, não foram detetados sinais de arrependimento, antes pelo contrário, a certeza que optaram pela decisão correta. Este confronto é o comprovar de semanas de gestação mágicas, de sentimentos

únicos associados à vida que estão ali a ser destruídos com a dura realidade que se vivencia. Basta um segundo para destruir tudo o que foi idealizado.

EA: “(...) eu conheci a A., eu tive com a A. ao colo, eu cheirei a A., eu falei para a A.(...)”.

EI: “(...) ao fim ao cabo, eu concretizei, eu vi o meu filho. Acho que foi muito importante, eu ter agarrado nele, ter estado com ele, eu sabia que era o único bocadinho que eu podia estar com ele, e eu decidi só ver o I. com vida, portanto, eu não o vi mais”; “(...) a única imagem que guardo dele é vestido com uma roupinha ao meu colo, a respirar ainda, com a ajuda de uma máquina”.

EJ: “Quando ela nasceu, eu só pedi que a pusessem no meu peito, como se ela tivesse viva e foi o que eles fizeram. Senti a J. a sair, eles abriram-me a bata e puxaram-me a bata e puseram-na ao peito, com um lençol por cima”; “(...) houve uma enfermeira que perguntou se eu queria tirar fotografias. Eu disse: “quero, quero ficar com uma recordação da minha filha”, e ela então pegou no telemóvel do meu marido e tirou-nos fotografias aos três, é o meu tesouro!”; “Mas acho que foi a hora mais feliz e mais triste ao mesmo tempo, foi..., não sei explicar o sentimento, mas eu acho que apaziguou um bocado o facto de eu ter estado com ela, de eu lhe ter dado colo, de eu a ter cheirado, de ter sentido o calor dela, que não era dela era meu, mas...”; “Para mim foi fundamental para o processo de luto ter uma imagem dela”.

As autoras, Nazaré, Fonseca, Pedrosa e Canavarro (2010) defendem que a mulher/casal/família deve ser ajudado a olhar para o bebé como pessoa real, com uma identidade própria, com um nome, que nasceu e morreu. Consequentemente, os profissionais de saúde devem questionar sobre o desejo de a mulher/casal querer conhecer o filho, devem ser incentivados, informados e esclarecidos sobre a importância que os autores lhe atribuem, porém a decisão é sempre dos pais, que deve ser respeitada na sua plenitude.

EH: “(...) perguntou-me uma única vez se eu queria ver o bebé, a médica também me perguntou uma única vez se eu queria ver o bebé, obviamente, eu estava em choque e não queria ver. (...) é a coisa que eu mais me

*arrependo é de não ter pegado nele, quando tinha acabado de nascer, quentinho do meu corpo. Eu achava que ele vinha todo roxo, todo feio e afinal, podia não ter acontecido isso, (...) independentemente, de ele estar como estava, eu tê-lo-ia amado a partir do momento, eu já o amava, por isso não ia influenciar nada. (...) para o luto é necessário pegarmos deles, vermos, se possível, termos tempo para nos despedirmos, termos tempo para tirar fotografias, sem julgamentos por trás. (...) mas para conseguimos continuar o caminho”.*

A participante EH acabou por conhecer o filho no funeral, após insistência de uma familiar. Mas no seu discurso supracitado, evidencia-se o arrependimento de não ter visto o filho logo após o momento dual de nascimento e de morte. E enfatiza a ideia que as ideias pré-concebidas sobre a imagem real do filho condicionam a decisão de ver ou não o filho, assim como, influenciam na decisão, as reações apresentadas perante a notícia da morte perinatal (Carvalho & Meyer, 2007). Exacerbou remorsos por a atitude e comportamento adotado no momento. Salienta o papel de uma profissional de enfermagem comparando com outra profissional da mesma categoria:

*EH: “Ela insistiu comigo, que se calhar era mais fácil para mim eu ver o bebé, para que depois mais tarde eu tivesse a certeza que o que me diziam era verdade, mas eu nunca quis. (...) ela foi a única daquele serviço que conseguiu falar comigo, elucidar-me das coisas, para que eu não tomasse atitudes erradas e não me arrependesse mais tarde. Tive imensa pena porque quando o bebé nasceu, já não era ela que estava, era a colega, e a colega já não teve essa sensibilidade, perguntou-me uma única vez se eu queria ver o bebé, a médica também me perguntou uma única vez se eu queria ver o bebé, obviamente, eu estava em choque e não queria ver. Mas acredito, que se a outra enfermeira estivesse lá estado, ela teria conseguido convencer-me a ver o bebé (...); “Eu tive pena de ela não estar porque tenho a certeza que ela teria conseguido, incentivar-me e convencer-me”.*

Muza, Sousa, Arrais e Iaconelli (2013) no estudo que realizaram concluíram que as famílias que tiveram oportunidade de se despedirem do bebé, demonstram uma gratificação e um reconhecimento de tudo o que viveram na gravidez, atribuindo significado favorável à elaboração do processo de luto.

No testemunho seguinte, a participante demonstra a importância de estar com o filho, de ter tempo para apreciá-lo, aconchegar, adorar, simplesmente, amá-lo... Este tempo é imprescindível, para que as mães/pais se possam preparar para deixar o filho partir fisicamente, se é que é possível, uma preparação. Simultaneamente, denota-se a atitude de uma profissional de saúde que é percebida como inadequada e dificultadora do processo de luto: o facto de não respeitar o tempo necessário para a despedida.

EF: *“O pai viu-o, viu quando ele estava ao meu colo (...) não o agarrou porque a médica pediatra não nos deixou estar mais tempo com ele”; “(...) já voltei a ver a médica e eu acho que se eu falar para a médica, acho que lhe arranco os olhos porque tenho muita raiva dela, dela não me ter deixado despedir convenientemente do meu filho (...); “(...) quando me perguntaram: “Quer vê-lo?”, Eu disse “Não”, não queria vê-lo porque eu não queria ter o meu filho morto, queria o meu filho vivo. E foi uma enfermeira, penso que foi uma enfermeira, que me motivou e de alguma forma fez alguma pressão para que eu o visse, e que, deixou passar um bocadinho, deixou-me ir para outra sala e voltou-me a perguntar se eu o queria ver. E aí sim eu já o quis ver, e tive um bocadinho com ele ao colo e eu pedi para estar mais tempo com ele, essa enfermeira disse: “Sim, pode estar o tempo que quiser”. E veio a médica por trás que disse: “Não, não, o bebé tem que sair”. E arrancou-mo dos braços e levou-mo, eu nunca mais o voltei a ver. Por isso, eu associo aquela médica a me ter privado da despedida do meu filho... Detesto-a”;*

Keating e Seabra (1994) defendem que os profissionais de saúde devem dar tempo aos pais para vivenciarem o momento, sozinhos com o filho. É necessário que a equipa multidisciplinar repense nas suas intervenções, nas respetivas consequências sejam elas favoráveis ou não. Neste contexto, na equipa multidisciplinar é primordial a presença de um sentimento único e profundo para a compreensão do Outro: a empatia, para evitar atitudes impeditivas e prejudiciais à elaboração do processo de luto dos pais e familiares.

Nesta situação tão peculiar e complexa, através da empatia o profissional de enfermagem é capaz de se colocar no papel e na situação da pessoa, com a intenção de lhe apreender os seus sentimentos, pontos de vista e atitudes. O enfermeiro especialista de saúde materna e obstetrícia deve desenvolver a capacidade de se colocar no lugar do

Outro e tentar ver o mundo, tal como ele o vê, só assim estará habilitado para prestar cuidados individualizados à mulher/casal e família (Silva, 2010).

- **Rituais fúnebres**

O nascimento do filho desejado transforma-se numa apressada e inconsciente tomada de decisão sobre os rituais fúnebres. Os pais após a confirmação da perda perinatal vêm-se confrontados com questões burocráticas. Carvalho e Meyer (2007) defendem que no momento do choque, não são horas para tomar decisões, contudo, há necessidade de agilizar alguns procedimentos.

A participante EG demonstrou alguma indignação, ao referir que estava em choque com a notícia da perda do filho, e de imediato, estava a ser pressionada sobre questões tão peculiares, como a preparação do funeral:

EG: *“(...) a assistente social foi terrível. A primeira pergunta que ela me faz após a perda, foi se conhecia alguma agência funerária, e acho que isso não se pergunta a uma mãe que acaba de perder um filho”.*

A realização de funeral ao filho é também um momento crítico na experiência da perda perinatal, tal como emergiu na análise do material do discurso, vivenciado com típica tristeza e frustração. Mais uma vez, existe o confronto com a realidade da morte irreversível e há a necessidade de enfrentar a dor da angústia pelo caminho da elaboração do processo de luto (Walsh & McGoldrick, 1998; Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira & Turato, 2014).

EA: *“(...) o pai conheceu a filha no dia do funeral, o pai conheceu a filha no caixão”.*

EH: *“Demorei muito tempo a assimilar e a começar a chorar, acho que só tive mesmo noção daquilo que estava a acontecer no momento do funeral.”*

EJ: *“E nós quando chegamos à capela lá do crematório e eu vi o caixão, eu se não fosse o meu marido, eu tinha caído no chão, porque eu acho que foi a confirmação, que ela não estava cá. (discurso com choro)”.*

A partir do momento literalmente fúnebre, há a prestação de uma última homenagem ao filho, em que a comunidade cerca a díade parental, reunindo-se com ela para a despedida. Estabelece-se um contato com outros que estão olhando a situação e

tentando contribuir emocionalmente com esta mãe (Walsh & McGoldrick, 1998; Faria-Shutzer, Neto, Duarte, Vieira & Turato, 2014).

EI: “(...) *houve várias pessoas que foram à capela mortuária do hospital, para o ver, depois havia também familiares que o queriam ver e não tinham estado no hospital, e na altura o senhor da agência funerária veio-me pedir autorização se podia abrir a urna, porque as pessoas pediam muito, gostavam de o conhecer. E nesse momento, eu sai da beira do meu filho e deixei que as outras pessoas o conhecessem porque eu acho que não tinha o direito de proibir que as outras pessoas também de o verem.*”

EJ: “(...) *pedi para fecharem o caixão para ninguém ver a J., não queria que a vissem já sem cor, tipo boneco de cera e então, pedi para fecharem o caixão e fizemos o funeral da J.*”

Quando abordadas sobre a importância dos rituais fúnebres, surge o testemunho de uma participante, que acaba por estabelecer concordância com a literatura existente:

EI: “*Eu penso que sim. Eu acho que é, o virar de uma página, acho que é importante. Acho que a sociedade está habituada a isto e precisa disto para conseguir avançar. Ainda que nem todas as pessoas avancem da mesma forma. Mas eu acho que sim*”.

- **Inadequação das condições de internamento**

A vivência da perda perinatal, tal como já foi referido no presente estudo, é uma realidade muitas vezes ignorada e desconsiderada socialmente (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013). As próprias instituições de saúde não viabilizam a expressão do luto, o desespero, e o desamparo social perante a perda perinatal inicia-se logo no contexto hospitalar (Santos, Rosenburg & Buralli, 2004).

As instituições de saúde e/ou maternidades de Portugal, no sector público, grande parte, reflete constrangimentos, nomeadamente no que diz respeito, ao internamento em conjunto com outras puérperas e recém-nascidos. Esta questão estrutural também foi enunciada, num estudo brasileiro, realizado a enfermeiras, em que as profissionais identificaram a inexistência de uma enfermagem específica para as mães com diagnóstico de morte fetal (Santos, et al, 2012). As mulheres a vivenciar a perda perinatal são

submetidas, na maioria das vezes a presenciar outras mães com os seus filhos, facto que pode conduzir a um desequilíbrio emocional maior (Idem).

Camarneiro, Maciel e Silveira (2015) manifestam concordâncias com os autores supracitados, ao identificarem a experiência do internamento em espaço partilhado com outras puérperas e recém-nascidos como “*dramática, traumatizante e dolorosa*”. O confronto com o berço vazio conduz os pais a um caminho de espinhos de dor emocional, em que o choro é uma experiência “*lancinante*” para a díade parental (Idem).

Os testemunhos que se sucedem expressam de uma forma clara, a ambivalência de sentimentos e emoções, quando confrontadas com puérperas e seus filhos, no internamento da maternidade:

EA: “*(...) eu fiquei internada no quarto piso, sozinha num quarto, mas fiquei num andar com outras mães acabadas de serem mães, a ouvir o choro dos bebés 24 horas, e eu não tinha a minha filha para chorar (...) a própria instituição não está preparada para finais tristes porque, não há uma ala na maternidade, ou um piso, ou um isolamento para aquilo. Porque ao fim de 24 horas, nós somos obrigadas a fazer o levante, e temos que andar a passarinho pelo corredor, temos que andar a passear pelo corredor, onde existem montes de quartos com portas abertas, e com bebés e mães felizes, com todas as visitas a rir e nós não temos, não temos visitas a rir, pelo contrário temos visitas a chorar, não temos o bebé no nosso quarto, porque não temos... (silêncio) E estar numa mistura de sensações em que te apetece gritar, bater, espernear... e estares ali no meio da felicidade dos outros é uma revolta..., e é uma coisa que por mais anos que passem, dificilmente, qualquer mãe ou qualquer pai vai esquecer.*”

EB: “*(...) condições completamente desumanas. Uma pessoa que perde um bebé não pode estar ao pé, digo eu e acho que falo com consentimento, não pode estar ao pé de outras pessoas que estão grávidas, a ver bebés, enfim..., acho que não faz bem a ninguém*”.

Apesar da falta de espaço nas instituições de saúde, é emergente a preocupação de garantir às mães de colo vazio, um local com mais privacidade, livre de ruídos que

encaminhem à lembrança de uma gravidez bem-sucedida (Ampese, Perosa & Haas, 2007).

Santos et al. (2012) acrescenta que é importante o diálogo e dar a conhecer as oportunidades de escolha que a puérpera terá para o seu internamento em determinada unidade. Em que o profissional de saúde deve salvaguardar as indisponibilidades que podem comprometer a escolha.

EF: “(...) eu não deixei que me levassem para o terceiro ou para quarto piso, literalmente fiz birra, quando me foram buscar à sala da cesariana. Porque eu disse que não queria ir para ao pé dos bebés, queria vir para casa. Ou eles me deixavam vir para casa ou metiam-me num sítio onde não houvesse bebés”; “ (...) quando fui saber o resultado da autópsia, quarto piso, havia bebés a chorar e eu stressei completamente antes de entrar, pedi para fecharem a porta, enquanto lá estava dentro, mas mesmo assim ouvia bebés a chorar e o meu cérebro não estava a processar metade da informação, estava literalmente a trabalhar a duas dimensões.”

Outros autores validam os pressupostos, apresentados anteriormente, ainda enfatizam, que é urgente adequar as instituições hospitalares, para que seja também possível proporcionar assistência e conforto ao marido/companheiro (Santos et al, 2012).

Os profissionais de saúde devem adquirir a consciencialização de que os pais também sofrem pela perda do filho e temem pela saúde da mulher (Ampese, Perosa & Haas, 2007; Santos et al., 2012). Os pais vêm-se incumbidos de tarefas como, avisar os familiares da morte perinatal, providenciar o certificado de óbito, o que implica a inexistência de tempo para que possam expressar o seu sofrimento (Braga & Morsch, 2003 citados por Ampese, Perosa & Haas, 2007).

A participante EE no seu discurso demonstra concordância com a literatura científica:

EE: “(...) costumo dizer que não teve tempo para viver a dor dele. Ah, engoliu muitas vezes a dor dele para me amparar a mim, tentava estar bem acima de tudo para me amparar, (...)”.

Também os autores, Amthaeur, Sand, Hildebrant, Linck e Girardon-Perlini (2012) salvaguardam que embora na perda perinatal a assistência seja direcionada para a mãe, enaltece-se a importância incluir na assistência multidisciplinar os familiares, em

particular o pai do bebé. A figura paterna não pode ser esquecida, mas sim abrangida no plano de cuidados à puérpera, o pai assume-se enquanto fonte de apoio à mulher, mas é um ser individual que necessita também ele de assistência holística e humanizada. Fonseca (sd) considera fundamental que o pai seja incluído no processo de intervenção psicológica, enquanto marido/companheiro, mas também atendendo às suas necessidades individuais enquanto progenitor do filho perdido.

No discurso das participantes detetaram-se achados pertinentes, em que na perceção delas, os profissionais de saúde pura e simplesmente se esqueciam do pai:

EA: *“Mas infelizmente o pai acaba sempre por ser um bocadinho excluído em todo o processo de perda e só valorizam um pouco a perda da mãe”*.

EC: *“A nós, mães, dói porque se passa pelos processos, mas eles também são pais”*.

#### ➤ AGENTES DE SUPERAÇÃO NO PROCESSO DE LUTO

O processo de luto não é estático, nem linear, a sua vivência e duração temporal depende: das características individuais e de personalidade e do nível e grau de intensidade da relação com a pessoa que morre.

O processo de luto na perda perinatal, centra-se na díade parental, porém é parte integrante do processo de luto familiar (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013). Todos os elementos que constituem a família sofrem com a perda, há uma “tristeza partilhada” e uma “desorganização temporária das rotinas familiares” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Considera-se que o processo de luto é organizado quando a morte foi considerada real, e a mulher/casal/família demonstra disponibilidade para investir na vida, revivendo e mantendo os sentimentos pelo filho perdido (Oliveira & Lopes, 2008). Os autores defendem que uma maneira de abrandar o luto é manter a sensação de que a pessoa está por perto e criar uma idealização através do reviver de lembranças felizes (Idem).

O acompanhamento imediato aos pais e restante família envolvente influencia a forma como estes irão encarar e vivenciar o processo de luto. É prioritário auxiliar os pais e

família, possibilitar o confronto direto com o momento que estão a viver para que lhe possam atribuir significado, para que possam expressar a dor, de modo a irem assimilando a perda e por fim, aceitar que é real e inalterável (Carvalho & Meyer, 2007).

Porém esta caminhada é longa e dura até se conseguir alcançar a aceitação e a reestruturação familiar e readaptação à vida sem o filho desejado. Há momentos de desespero inigualável e de sofrimento atroz. A existência de uma rede de apoio é fundamental para ajudar a mulher/casal/família na superação da dor da perda, e para que gradualmente, comecem a perceber um piscar de uma luz, mesmo que intermitente, que encaminhe e ilumine para a construção de novos objetivos de vida e para criação de um novo sentido de vida. Segundo Gonçalves e Battir (2016) enfrentar o luto, com a consciência da possibilidade de superar a perda, significa o ensejo de “caminhar em direção à sua resolução e encontrar uma maneira de viver “com” e “apesar” da perda (p.39)”.

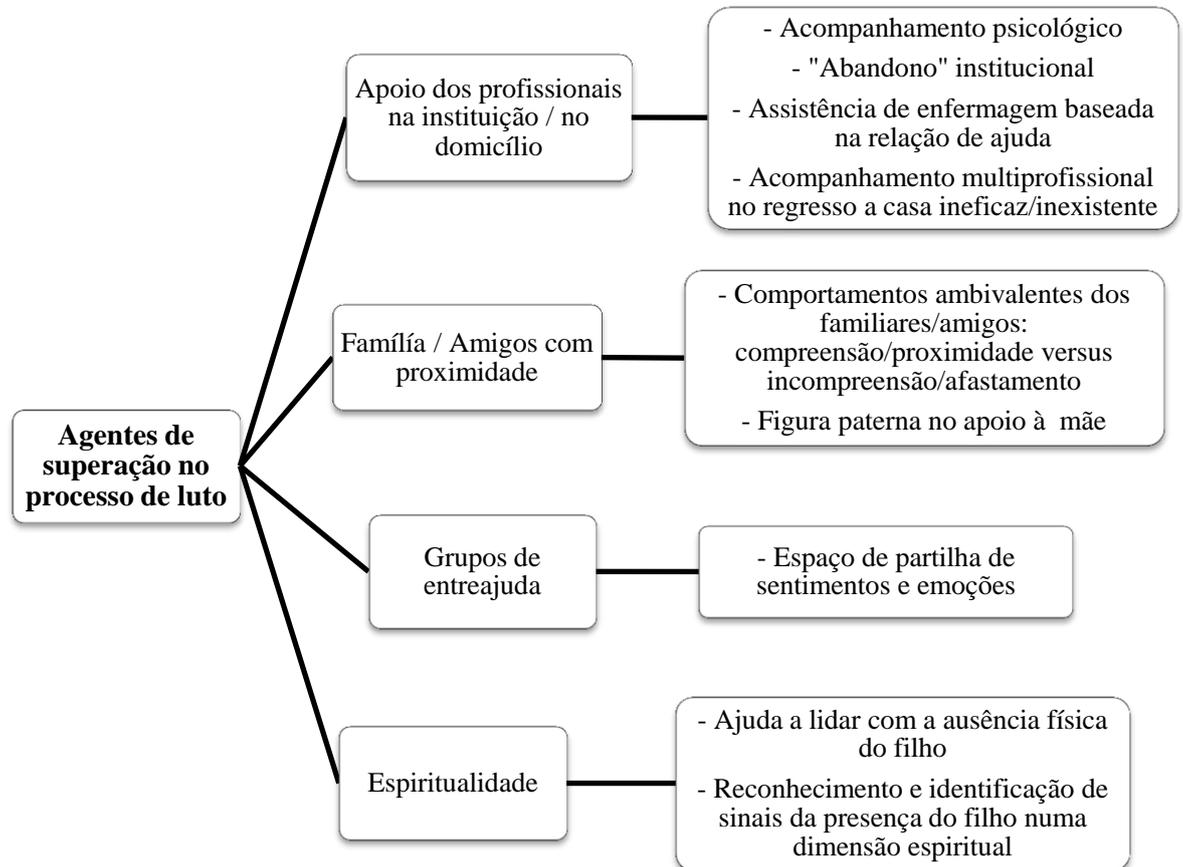
O apoio proporcionado à díade parental, no processo de luto pode incidir em dois tipos diferenciados. Salienta-se, então, o apoio informal que abrange a família e os amigos, que muitas vezes, pela indisponibilidade ou pela inexistência de competências para ajudar o casal em luto, se expressa num apoio ineficaz. Dando lugar, ao apoio formal, que assenta nos serviços dos profissionais de saúde e nos grupos de entreajuda (Worden, 1998 citado por Pereira, 2012).

Os autores, Gonçalves e Bittar (2016) concluíram que a família e a religião/espiritualidade foram identificadas como elementos de apoio preponderantes na elaboração e na superação do processo de luto. Enfatizou-se, no estudo, a inexistência de referências aos profissionais de saúde, como elemento de apoio, na construção do processo de luto.

Santos, Rosenburg e Buralli (2004) no estudo realizado no âmbito da perda fetal, através dos relatos das mulheres identificaram a extrema necessidade de existirem redes de apoio a estas mulheres/casais, para ajudar na superação de tamanho sofrimento que a perda perinatal acarreta. No estudo as redes de apoio identificadas eram sustentadas pela família, a igreja e o psicólogo.

No presente estudo de acordo com os achados revelados pelas participantes elaborou-se a seguinte categoria e subcategorias:

**Diagrama 6: Agentes de superação do processo de luto na perda perinatal e respetivas subcategorias.**



- **Apoio dos profissionais de saúde na instituição/domicílio**

As mulheres/casais perante a morte fetal estão propícias a distúrbios psicológicos, que podem influenciar negativamente o processo de luto e o retorno às atividades. Neste sentido é extremamente importante executar uma intervenção diferenciada na assistência às mulheres/casais Santos et al. (2012). Assistência dever ter por base princípios holísticos e humanizados (Carvalho & Meyer, 2007).

A equipa multidisciplinar deve considerar o processo de luto que a mulher/casal e família estão a vivenciar, valorizando todos os aspetos particulares, para proceder ao planeamento de intervenções necessárias e adequadas antes, durante e após o parto (Gesteira, Babosa & Endo, 2006).

A nível institucional é detetável a importância atribuída aos psicólogos. São considerados elementos chave para a elaboração do luto junto das mulheres/casais, uma vez que através da sua prática o psicólogo provoca a transportabilidade para a realidade e promove a expressão de emoções e de sentimentos (Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013).

EF: *“Eles logo no dia seguinte após o nascimento do F. disponibilizaram a psicóloga da maternidade, (...)”; “(...) ela tem-me acompanhado desde lá até cá, apoio quase semanalmente. Tem sido o apoio dela que efetivamente me ajudou a estar no nível de luto em que estou, no patamar do luto em que estou (...)”; “(...) tão importante lá ir, porque era o espaço que eu tinha para falar do meu filho (...).”*

EH: *“(...) ajuda psicológica ajudou-me muito. A psicóloga foi bastante sensível, desde a primeira consulta, aliás ela nem sequer me conhecia e marcou-me a primeira consulta depois de todas as grávidas, para que não me cruzasse com elas, nem com bebés, nem com nada, acho que foi de uma sensibilidade enorme. E a partir daí ela foi, tem sido até hoje o meu porto seguro”.*

Se nos discursos anteriores o apoio psicológico foi proporcionado e é atribuído um elevado nível da resolução do luto na perda perinatal. Também é verdade que, algumas participantes sentiram certo “abandono” das instituições hospitalares, no caso de não comparência não há tentativa de contacto prévio para validar o estado de saúde das mulheres/casais.

EE: *“A instituição, ah, no próprio dia falou-nos na psicóloga. A psicóloga veio falar conosco nesse dia, mas nem ela própria sabia muito bem o que dizer, nem acho que esteja preparada para essas perdas. Ah, sim ofereceram para que houvesse uma próxima consulta, consulta que eu não quis comparecer passado uns meses, porque não queria estar novamente naquela instituição. Mas também não me procuraram para remarcar essa consulta, mas também não tinha vontade.”*

Outras participantes não foram contempladas com o apoio psicológico e tiveram que procurar esse apoio, por autorrecriação. Posteriormente, a pedido conseguiu acompanhamento psicológico no sector público, onde valoriza a intervenção e o apoio,

porém sinaliza alguns constrangimentos, nomeadamente, o espaço temporal entre as consultas que acabam por dificultar o longo percurso da elaboração do luto:

ED: *“Pronto, na maternidade, ninguém nos ofereceu apoio psicológico, nem depois quando regressámos a casa. Fui ao centro saúde explicar o que tinha acontecido, ninguém me ofereceu apoio psicológico.(...,) recorri a um privado, a uma psicóloga, (...).”*; *“E entretanto consegui, por intermédio de uma amiga, consulta no hospital (...) conseguia-me abrir com ela, mas porque, também era ela que me fazia as perguntas. Mas também ela tem muita gente, estamos a falar do público e não havia possibilidades de ela me dar um acompanhamento contínuo, então era dois meses e meio em dois meses e meio, e eu achei se calhar isto não me está a ajudar assim tanto e eu desisti, do único apoio que na realidade acabou por me ser dado pelo hospital, mas desisti.”*

No que diz respeito a outros grupos de profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, estudos demonstram que não estão preparados para lidar com o sofrimento na perda perinatal, ignoram falar do assunto, passando a responsabilidade a outros profissionais, como o psicólogo ou assistente social (Santos et al., 2012).

Os enfermeiros de saúde materna e obstétrica, na sua prática profissional demonstram dificuldades no relacionamento e apoio à mulher/casal, maioritariamente, focalizam-se apenas na dimensão biológica, e negam a dimensão psicológica, esta atitude é para autores de proteção (Montero et al., 2011; Santos et al., 2012; Binotto, 2005 citado por Rios, 2013; Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015). Atribuem e reconhecem a importância do suporte emocional, contudo, desesperados perante a morte perinatal, delegam a assistência emocional aos psicólogos, porque os considerarem mais preparados para lidar com a perda perinatal (Santos, et al., 2012).

Contudo algumas participantes reconheceram nos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica intervenções que, se enquadravam no suporte emocional, durante a permanência no internamento após a perda perinatal:

EF: *“Tive, houve um enfermeiro, muito novinho, que foi o enfermeiro que esteve comigo na noite em que me rebentaram as águas, que na segunda-feira entrou no turno das oito, e aquela criatura sentou-se ao meu lado, agarrou-me na mão e chorou tanto, tanto. Ele chorava mais que eu, eu*

*quase que me senti na obrigação do acalmar porque ele chorou muito mais do que eu, ele chorou tanto agarrado à minha mão. E não me conhecia de lado nenhum, tinha estado comigo naquela noite só, mas ele chorou tanto, ele só me dizia: “Eu não sei o que é que lhe hei-de dizer!”. Percebes? Uma humanidade, percebes? Em alguns profissionais de saúde, mais nos enfermeiros, mas de uma humanidade que tu sentes que eles estão ali para ti, tu sentes que eles não sabem a dor que tu estás a passar, mas eles estão ali ao teu lado, apesar de não saberem o que é.”*

EE: *“Se houve alguém que me apoiou e que me acompanhou foram os enfermeiros. (...), meigos, muito humanos (...); “(...) foram impecáveis, tiram-me dúvidas; fizeram-me companhia; riram, choraram comigo (...), (...) um ombro amigo que precisava e senti-os como família, mas dentro de quatro paredes, assim que a porta se abria e do outro lado havia médicos ou a enfermeira-chefe, aquela relação de proximidade era cortada. Dava a sensação que não se podia ser visto que, os enfermeiros também nos davam a mão, que também nos davam o ombro para chorar que, também nos davam abraços que, também nos davam uma “festa”. Isto era feito, mas quase que como às escondidas, assim que a porta era aberta, ou que havia um médico ou que havia a enfermeira-chefe o tratamento era distante, tanto que assim que eu tive alta, eu quis-me despedir de algumas enfermeiras, com as quais eu criei laços e elas marcaram-me a distância porque estava a enfermeira-chefe presente, parecia que não podiam mostrar que ali houve um envolvimento sentimental”.*

No último discurso, apesar de a participante ter manifestado dificuldade em interpretar a dicotomia da assistência dos enfermeiros no internamento, com atitudes de proximidade e de afastamento. Noutra instância, consegue identificar características da relação de ajuda estabelecida, marcada pela disponibilidade de tempo para escutar, pela tentativa de compreensão do significado da perda, pelo apoio disponibilizado e pela criação de um espaço facilitador à expressão de sentimento e emoções (Keating & Seabra, 1994).

No estudo de Miranda (2016), as mulheres que sofreram morte fetal, demonstraram satisfação relativamente à assistência proporcionada pela maioria dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, referindo haver exceções. Salientaram a

componente relacional no seu estudo, onde se destacou: a empatia, o apoio, a disponibilidade, o respeito, a compaixão e o acompanhamento.

Após o internamento sucede-se o momento da alta, as mulheres no estudo de Miranda (2016), destacaram a falta de informação e de preparação para a alta. Na perspetiva destas mulheres há uma falta que fica com a perda e que é preciso colmatar, tornando-se mais difícil sem ajuda dos profissionais. A preparação para a alta tende a ser desvalorizada, devendo ser previamente considerada e preparada por todos os profissionais, nomeadamente pelos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia (Idem).

Após a alta há um novo confronto com a realidade da morte do filho, o regresso a casa de braços vazios, sem o filho para aconchegar, amamentar é descrito como mais um momento aterrorizador para a mulher, quando é visível o leite e o filho não está presente para ser alimentado (Miranda, 2016). Faria-Schutzer, Neto, Duarte, Vieira e Turato (2014) consideram que o regresso a casa é um acontecimento marcado por um sofrimento intenso. A mulher/casal depara-se com a ausência diária do filho perdido, debruçam olhares de angústia quando visualizam os pertences que seriam para ele.

EI: *“(...) estar numa casa onde faltava uma criança (...)”.*

EJ: *“(...) a barriga a desaparecer e ela sem estar, tive mais de um mês com as coisas dela no quarto. Ao fim de um mês eu tive que arranjar isso e expulsei toda a gente de casa, (...) Foi quando resolvi arrumar as coisas todas e tirá-las da vista.”*

O regresso a casa corresponde à fase do puerpério, em que as participantes, tirando o apoio psicológico e a necessidade de intervenções curativas, relacionadas com a sutura abdominal da cesarina ou a vigilância da episiotomia, estas mulheres/casais não tiveram mais abordagens da equipa de enfermagem no domicílio, onde a parentalidade é confrontada com a não execução de tarefas, com a sua não transição, mas sim interrupção.

Duarte e Turato (2009) afirmam no seu estudo que o apoio vindo dos serviços de saúde foi praticamente relatado como inexistente. Os autores do artigo enfatizam a necessidade de humanização do atendimento existente nos serviços de saúde, com o oferecimento de apoio multiprofissional às mulheres que passaram pela experiência de

perda fetal, bem como reforçam a importância de uma rede de apoio consistente e atuante.

EB: “(...) nós vamos para casa e não temos ninguém.”; “Nem do posto médico, nem de lado nenhum houve a preocupação de saber se tinha um ponto ou não... também se tivesse iria lá...mas devido ao facto do que aconteceu nunca houve essa disponibilidade de, eu vou a casa, eu vou ver se está tudo bem ou tudo mal.”

EC: “Se é que posso dizer que, não. Estas pessoas diziam-me, “se precisar de conversar”, ok, mas tirando isso! Eu, qualquer dúvida que eu tinha, era com a minha irmã, enfermeira, que eu falava (...), mas a partir do momento em que saí do hospital, não tive mais nada.”

ED: “Não tive grande apoio, mas acho que na altura também não pensava muito nisso”.

Neste sentido, a visitação domiciliária aparece como uma das principais práticas assistenciais às mulheres/casais, famílias que vivenciam a perda perinatal (Amthaeur, Sand, Hildebrandt, Linck & Girardon-Perlini, 2012).

Visitação domiciliária, segundo o autor Resende (2006, p.8) é:

“(...) uma atividade fundamental das equipas em cuidados de saúde primários e uma das diferentes estratégias de intervenção na prestação de cuidados. Por sua vez, os cuidados domiciliários podem ser definidos como serviços prestados ao indivíduo e respetiva família na sua própria habitação, sendo que o prestador de cuidados domiciliários é uma pessoa ou instituição que presta cuidados no domicílio”.

A visitação domiciliária proporciona aos profissionais maior aproximação com a família, o que permite um acompanhamento adequado e efetivo, baseado na escuta, no aconselhamento e na orientação. Quando planeada com uma determinada intenção é uma intervenção que facilita a compreensão e o cuidado às famílias. Uma vez que no contexto familiar, o profissional de enfermagem, tem acesso ao conhecimento dos hábitos de vida, das crenças, das particularidades da cultura e de padrões de comportamento, para a prática de cuidados holísticos e humanizados (Amthaeur, Sand, Hildebrandt, Linck & Girardon-Perlini, 2012).

A visitação domiciliária potencia uma maior aproximação entre os profissionais e as mulheres/casais, o que na perda perinatal permite apoiar, aconselhar e educar no processo de luto (Idem).

No discurso das participantes o acompanhamento no puerpério resumiu-se ao apoio psicológico, quando este estava presente, identificaram uma lacuna neste sentido, como já foi abordado, mas no testemunho que se segue a participante sugere mesmo a necessidade de repensar nas formas de atuação, indo de encontro ao estudo de Miranda (2016) que considera emergente a criação de protocolos para a visita domiciliária na perda perinatal. Segundo a autora, deveriam existir grupos consultores de luto constituídos por enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia, médicos obstetras e psicólogos:

*EI: “O serviço de psicologia que eu mantive sempre, até a minha próxima filha nascer. Tive um problema a seguir com ao nascimento do I., relativamente, à cicatrização da costura da cesariana. Eu andei mais de um mês, a ter que ir à urgência da maternidade fazer pensos e fazer tratamento, para que cicatrizasse. (...), assim que chegava lá, eles tinham cuidado para me chamar logo, para não estar muito exposta, para não estar lá a vivenciar também tantas coisas. (...), mas acho que se podia fazer mais, porque eu acho que as pessoas precisam de mais, não precisam só de falar com a psicóloga uma vez por mês. Eu também não sei muito bem como, mas eu acho que devia de haver um acompanhamento, mais insistente, mais rotineiro na vida das pessoas porque realmente é um desarme tão grande, que as pessoas ficam assim um bocadinho sem saber para que lado se hão-de virar, e como voltar ao normal”; “(...) até mesmo em termos de psicologia, porque não o acompanhamento ser feito em casa, por exemplo. O regresso da maternidade é algo tão agressivo, (...) eu não tive propriamente, ajuda de alguém especializado, que me fizesse ponderar o tirar o quarto, o manter o quarto, o que fazer às coisas. Nesse sentido, eu acho que somos nós que vamos à procura, somos nós que vamos descobrindo e vamos aprendendo sozinhos, nesse sentido sim”.*

*EJ: “Não tive, não tive enfermagem no domicílio, não falei com nenhuma enfermeira sem ser as da maternidade”.*

O voltar a casa intensifica o sofrimento, uma vez que ocorre o confronto com as expectativas anteriores relacionadas com o filho e em simultâneo, ocorre o confronto com a realidade da perda (Carvalho & Meyer, 2007).

Os enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica são responsáveis pelo exercício de distintas áreas de intervenção na saúde da mulher. Após a alta clínica, na situação da perda perinatal é preponderante abordar o contexto do puerpério, que incide na “assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença no período pós-natal” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.8).

Emerge então, dentro da unidade de competência referida, anteriormente, a necessidade de providenciar cuidados nas situações que podem exercer um impacto negativo na saúde da mulher, no período pós-natal (Idem).

As participantes referiram, na totalidade, que não tiveram qualquer apoio de enfermagem no domicílio após a alta. Chegam a casa e deparam-se com uma casa vazia:

EJ: *“Mas eu quando entrei em casa, tirando aquele quarto, não havia sinais, como se nunca tivesse acontecido nada”.*

De acordo com os pressupostos da Ordem dos Enfermeiros, perante a perda perinatal é importante, que o profissional de enfermagem de saúde materna e obstétrica:

- “Conceba, planeie, implemente e avalie medidas de suporte de apoio emocional e psicológico à puérpera, incluindo conviventes significativos”;
- “Conceba, planeie, implemente e avalie intervenções de apoio à mulher, incluindo conviventes significativos, durante o período de luto em caso de morte fetal/morte neonatal”. (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.6).

Perante os pressupostos a visitação domiciliária faz todo o sentido junto da mulher (puérpera após o parto) e conviventes significativos. Porém, os profissionais de saúde percecionam que não há muito a fazer na perda perinatal, em contexto domiciliar. Na origem desta perceção formulada, está inerente a impotência demonstrada pelos profissionais, que não valorizam a escuta, o apoio e a proximidade da mulher/casal/família em luto (Amthaeur, Sand, Hildebrandt, Linck & Girardon-Perlini, 2012).

As autoras, Koch, Santos e Santos (2012) consideram que são necessários melhores cuidados de enfermagem prestados à mulher, casal em situação de perda perinatal. Para que se alcance a melhoria dos cuidados é imprescindível efetuar uma avaliação precoce

do processo de luto, para que se planeiem intervenções ajustadas a cada caso, procurando um cuidado holístico e humanístico.

- **Família/Amigos com proximidade**

À família está incumbida a proteção, o afeto, assim como o sentimento de pertença. Salienta-se que o sentimento de pertença é parte estruturante na identidade do sujeito (Kaloustian, 2005 citado por Gonçalves & Bittar, 2016). Deste modo, a família exerce um papel positivo, ao promover “resiliência, apoio, saúde mental e física, além de ser a mais estável ao longo da existência” (Cornélia, Hanel, Wagner & Franz, 2013 citados por Gonçalves & Bittar, 2016, p. 42).

Autores enfatizam a importância da família e dos amigos junto do casal no processo de elaboração e resolução do luto (Carvalho & Meyer, 2007; Farias, Freire, Chaves & Monteiro, 2012; Kamal & Rusli, 2010 citados por Tavares, 2013).

No estudo elaborado, os autores enfatizam a necessidade de um suporte psicossocial e de apoio emocional da família e amigos após a perda perinatal. A família e amigos podem ajudar o casal a tomar decisões (por exemplo para os rituais fúnebres), aconselhar para a partilha de sentimentos, experiências e necessidades (Callister, 2006 citado por Tavares, 2013).

As participantes descrevem que o apoio da família foi-lhes proporcionado, contudo há sempre particularidades que por mais que os elementos da família se esforcem, as participantes acham que na verdade não conseguem perceber, porque a perda perinatal só para quem vivência é que percebe realmente a sua globalidade e a complexidade de perdas que lhes estão inerentes e os sentimentos e emoções nefastos que transbordam:

EI: *“A família claro que sim, a família próxima sempre muito presente no dia e não só. Claro que há momentos que são só nossos e são pessoais, mas sim, eles participaram sempre muito e apoiaram-nos sempre muito.”*

EC: *“Apoios... (silêncio). A minha família: as minhas irmãs, o meu cunhado, o meu futuro cunhado também foi incansável, os meus pais; essencialmente estas foram as pessoas sim, tanto a mim como ao C., nunca nos deixaram sós. Da parte dele, o pai dele (os pais dele são separados, são divorciados), o pai dele não é uma pessoa que ligue com frequência, mas*

*sabe falar, sabe dar uma palavra..., a mãe não!"; "Fui falando, e a minha mãe é o meu apoio, um pouco também...(...) Tenho a minha irmã mais nova a enfermeira, também falo com ela, (...)."*

*EH: "Inicialmente, houve algum apoio da parte da família, se bem que eu senti que esse apoio..., basicamente, achava e ainda acho que, só passando pela situação é que se consegue perceber totalmente o que é que é. Portanto, por muito que, eu falasse com a minha família, eu nunca me sentia realmente compreendida, a única pessoa que me podia compreender, mais ou menos, era o meu marido, mas mesmo assim não conseguia na totalidade porque não tinha sido ele a perder".*

Segundo a análise do testemunho anterior, a dor da perda não é totalmente igual, uma vez que a participante deixa transparecer um maior significado da perda a si própria quando comparada com o pai do bebé. Na base desta dicotomia estão todos os processos fisiológicos e emocionais associados á gravidez e ao momento do parto. No seu estudo, Mourão (2016) refere que as experiências entre as figuras maternas e paternas na perda perinatal são simultaneamente, iguais e diferentes. Os autores Kersting e Wagner (2012), em investigações de natureza quantitativa observaram reações no luto perinatal, nas díades, em que os pais apresentavam níveis mais baixos de intensidade de dor.

O homem, marido e/ou companheiro é a pessoa que, maioritariamente, transmite mais apoio à mulher, pela sua dor ser semelhante (Carvalho & Meyer, 2007; Rios, 2013), assume-se como o centro de suporte social e afetivo à mulher (Mendes, 2002; O'Leary & Thorwick, 2006 citados por Mourão, 2016). Na base deste apoio está uma comunicação aberta, que facilita o processo de recuperação, de confiança, tolerância e apoio (Walsh & McGoldrick, 1998). Porém este apoio entre cônjuges, em diversas situações, não se exerce de forma funcional pela inexistência de uma comunicação aberta, o que poderá conduzir a comportamentos disfuncionais do casal e há existência de relações conflituosas (Idem).

As participantes demonstraram nos seus discursos a dificuldade em estabelecer uma comunicação eficaz e aberta com os cônjuges, tal como defendem os autores Walsh e McGoldrick (1998):

*EC: "(...) ele é uma pessoa que não é de falar muito, ele guarda mais interiormente".*

ED: *“E ainda hoje ele ainda não tem muita vontade de falar, se eu quiser falar eu puxo o assunto e ele responde e fala comigo, mas se eu não falar ele nunca fala, sofre sozinho.”*

EJ: *“(...) o meu marido é uma pessoa que não fala, e eu precisava de falar, (...).”*

Os achados das participantes vão de encontro aos presentes na literatura, estudos demonstram que, geralmente, o pai apresenta uma resposta ao luto mais controlada e menos expressiva e menos disponível para falar da morte do filho (Callister, 2006; Sutan, Amin, Ariffin, Teng, Kamal & Rusli, 2010; Mourão, 2016). A sociedade associou ao pai o papel estereotipado de responsável pelo cuidado da família e de servir de suporte, físico e emocional, à mãe que se encontra num estado muito vulnerável (Fonseca, 2010). Consequentemente, este papel do pai leva a uma maior dificuldade em fazer o luto em desabafar e exprimir os seus sentimentos (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

Deste modo, como fuga do seio íntimo da díade parental, uma das participantes encontrou na sogra a capacidade de escuta:

ED: *“A pessoa com quem consigo falar mais sobre isto é com a minha sogra, eu e a minha mãe também tivemos um afastamento porque eu ainda não consigo conter as lágrimas, então se a minha mãe falar no assunto eu choro e ela não me quer ver chorar. Então ela acha, se não falar eu não choro e que se eu não estiver a chorar está tudo bem, é como se só quando eu choro é que estou a sofrer, o resto do tempo parece que não me lembro de nada e que não estou a sofrer.”*

A carência do apoio familiar pode confinar o casal ao isolamento social, o que pode dificultar a elaboração do luto (Keating & Seabra, 1994), uma vez que assenta a incompreensão.

Quando a participante ED faz referência à atitude e comportamento da sua mãe, entre ambas não há lugar para expressão de emoções, o choro é como se fosse proibido. Esta atitude de desvalorização pode dificultar o processo de luto. Verdade é que só se chora por quem se ama (Pereira, 2012).

EF: *“Não houve grande suporte por uma razão muito simples (...), porque as pessoas..., também tem um bocadinho a ver com as características da minha família, as pessoas acham sempre que sofrem mais do que tu, percebes? E que não te podem dar apoio porque elas também estão a sofrer, esquecessem-se é que tu és a mãe, esquecessem-se da amplitude da palavra MÃE. E, ajudaram-me sim, até porque foi cesariana, no período inicial porque eu estava em convalescença, certo? Mas depois a partir do momento em que eu melhorei fisicamente houve um afastamento. Claro os meu pais tiveram meses sem vir cá a casa, com a desculpa que não me podiam ver sofrer. A minha irmã, que foi quem me apoiou mais não falava do F., porque achava que falar do F. era reavivar uma dor, quando eu precisava muito de falar dele e sempre que eu falava dele, ela desconversava e isso magoava-me. Isso fez-me com que eu me afastasse dela porque literalmente, eu achava que la se tinha esquecido do sobrinho”; “Não foi na família que eu senti mais apoio”.*

Walsh e McGoldrick (1998) destacam a necessidade de haver tolerância no seio familiar, podem surgir diferentes respostas, e alguns desacordos, perante diferentes formas individuais de lidar com a perda. Os autores incentivam à coesão familiar, que incide num apoio mútuo, tolerância e respeito a diferentes respostas à perda e apelam à comunicação clara e eficaz, para facilitar o processo de recuperação (Idem).

Por sua vez, a participante EF demonstra nitidamente a mágoa pela ineficácia do apoio da família. Os comportamentos de evitamento por parte de familiares, podem ser considerados uma estratégia de coping que eles próprios adotam, para lidarem com o sofrimento pela perda do bebé e por verem o casal numa dor desesperante.

Num estado efetuado, as profissionais de enfermagem consideraram importantes redes de apoio à mulher, o marido/companheiro, a família e amigos (Santos, et al., 2012).

Na ausência do amparo da família, a díade parental em conjunto ou isoladamente, podem recorrer aos amigos, com a intenção de encontrar alguém disponível para a escuta. Porém, estes pais em luto sofrem alterações de comportamento notáveis e radicais, o que emerge à confusão entre os amigos, que os deixam de reconhecer e de conseguir encontrar as personalidades que lhes eram inerentes. Deste modo, na base do não reconhecimento, os amigos acabam por se afastar, confiantes que não conseguem

ajudar e apoiar a díade parental no processo de luto. Outro aspeto preponderante, para o afastamento dos amigos, é o facto de eles se consciencializarem que as perdas não são assim tão longínquas, e que lhe podem ocorrer a eles próprios a qualquer momento (Rebelo, 2006).

Relativamente aos amigos, frequentemente, a perceção que as participantes do estudo exercem sobre o comportamento dos amigos, vai muito de encontro à desvalorização, tal como socialmente, acontece:

*EH: “Os bons amigos estão, mas a maior parte deles desaparecem, como se isto fosse uma coisa contagiosa. E falar do assunto é para a maior parte deles, ou não querem, ou desviam a conversa ou fazem de conta que não estão a ouvir, ou ignoraram completamente o que dizemos ou estamos a falar e interrompem a conversa”.*

*EI: “(...) houve amigos que eu acho que não quiseram partilhar da nossa tristeza, acho que se calhar era um fardo pesado demais para eles e que acabaram por se afastar. Houve outros amigos que acabaram por aparecer, pessoas até que eu, à partida nem considerava que fossem tão importantes na minha vida, e que a partir daquele momento, sim estão presentes até hoje, estão presentes”.*

- **Grupos de entreaajuda**

A partilha com outros pais tem vindo a ser referenciada nos estudos efetuados, como bastante benéfica na superação da dor e do sofrimento, paralelamente, contorna-se o aparecimento de situações de luto patológico. A existência de grupos de entreaajuda espelha a existência de um espaço único que permite a partilha, a possibilidade de ser ouvido e de escutar os Outros (Leon, 1990 citado por Tavares, 2013; Muza, Sousa, Arrais & Iaconelli, 2013; Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015).

A dor e o sofrimento intenso são as manifestações que os unem, as histórias partilhadas fazem com que determinadas mulheres/casais não se sintam sozinhos. Através da partilha conseguem deter tudo o que é considerado normal que venha a ocorrer, quando deparam que já aconteceu, nos Outros, sentem-se compreendidos, em controvérsia às atitudes sociais.

Na presença da incompreensão sentida por alguns familiares, amigos e da sociedade no seu todo. As participantes sentiram necessidade de procurar em todos os sentidos um colo que as aconchegasse, que referem ter encontrado nos grupos de entreadjudada. Apenas uma participante não referiu ter encontrado este espaço de partilha.

Neste âmbito os testemunhos das participantes enfatizam a existência de associações que lhes proporcionaram o apoio tão procurado e desejado:

EE: *“(...) procurei ajuda de outras mães que tiveram, que passaram pelo mesmo (...).”*

EF: *“(...) com outras mães que tinham passado pelo mesmo processo que eu. Com todas as diferenças que cada uma de nós tem, cada história, mas elas percebiam e eu com elas conseguia falar do meu F.. Quando elas falavam dos bebés delas, eu também falava do meu, falávamos a mesma língua”.*

EI: *“Procurámos também uma associação que é a Artémis, cheguei a participar nos fóruns de debate, fazia-me bem. Porque eu tive direito à licença, tal e qual como se o I. estivesse vivo, e durante aquele tempo ia estando muito nos fóruns a trocar ideias, a redigir textos que acabava por publicar também na associação, participámos em largadas de balões no dia da mãe, fomos participando assim nalgumas atividades”.*

EJ: *“Para mim fundamental foi as pessoas que passaram pela mesma perda que eu, umas antes e outras depois, e fomo-nos ligando umas com as outras; (...).”*

No testemunho anterior salienta-se a participação de eventos comemorativos de dias especiais, como se de uma homenagem se tratasse e um cuidado de amor se prestasse.

A nível das instituições, a intervenção de uma equipa multidisciplinar também é determinante para o processo de luto. Klaus e Kennel (1993) acrescentam que os profissionais de saúde devem desempenhar estratégias e intervenções, na concretização das seguintes tarefas, junto do casal e familiares: ajudar na elaboração da perda, tornando-a real; detetar reações normais à perda, sem passar pelo processo de luto patológico e atender às necessidades específicas e individuais dos pais.

Na verdade elaborar o processo de luto pela perda de um filho é uma tarefa extremamente complexa, que arrasta para um sofrimento sem fim para a mulher/casal e restantes familiares (Sousa, Barradas, Pereira & Teixeira, 2014),

- **Espiritualidade**

O fenómeno da morte agita a dimensão emocional e por vezes faz despertar a dimensão espiritual (Praagh, 2013). A espiritualidade está, profundamente, “relacionada com a esperança, que por sua vez ajuda a placar a angústia da finitude trazida pela morte” (Levin, 2003 citado por Gonçalves & Bittar, 2016, p.39).

Pressuposto que entra em concordância com o estudo elaborado pelos autores Morelli, Scorsolini-Comin e Santos (2013), em que os pais enlutados referem que o apego à religião e/ou espiritualidade surge como uma ferramenta de apoio fundamental no processo de luto. No estudo, o pai afirma ter encontrado apoio e compreensão na doutrina espírita, e a mãe, também assume ter adquirido forças para a superação da perda do filho, na espiritualidade. A espiritualidade é assim percecionada como uma medida de apoio fundamental para enfrentar a dor e o sofrimento da perda, em que os pais, procuram obter conforto e alívio para o sofrimento e simultaneamente, procuram a aceitação da perda (Idem).

Para muitas mães/casais que vivenciam e/ou vivenciaram uma perda perinatal, os filhos partem fisicamente, porque à luz da crença na espiritualidade, eles permanecem com elas numa dimensão difícil de enxergar a outros olhos. Três das participantes assumiram ter procurado o contacto com o filho através de médiuns. Para ambas é unânime o pensamento que os filhos permanecem ao seu lado, na crença e nos significados atribuídos aos sinais. Segundo, Praagh (2013), para percecionarem e vivenciarem essas experiências, tem que “abandonar as ideias «terrenas» de tempo e abrir as portas aos modos de vida do mundo espiritual” (p.11):

EF: “(...) foi a procura efetivamente daquela pessoa que me podia transmitir notícias do F., eu acho que foi um marco muito importante porque tentou-me justificar alguma coisa ou tentou-me explicar alguma coisa, apaziguou-me muito a minha revolta e as minhas questões”; “Sossegou-me o coração, ajudou-me a lidar com a dor, ajudou-me a viver com a ausência, a perceber a presença que, eu não percebia porque achava

*que tudo era mau, porque achava que perder um filho não há nada de positivo e não há, mas não conseguia passar para ali, não conseguia ver para além daquilo, não conseguia perceber que podes perder fisicamente, mas que de outra forma ele pode cá estar, nem que seja no teu coração. Não percebia os sinais dele, e só a partir daquele momento é que eu comecei a efetivamente a perceber e a perceber que ele estava cá de outra forma, mas estava cá, isso foi efetivamente importante.”*

*EH: “(... ) tive a necessidade de tentar ter a certeza que ele estava bem recorri a médiuns (...) Foi o que mais me ajudou.”; “Então tentava encontrar os mais pequenos sinais de que ele continuava comigo, e por incrível que pareça, parecia que os encontrava mesmo (...) músicas que eu ouvia durante a gravidez, e que eu dizia que as queria ouvir durante o parto, passavam sempre a tocar (...) imagens do Príncipezinho, que eu na altura tinha escolhido a história do Príncipezinho para todo o imaginário do quarto, via o Príncipezinho em todo o lado e nos sítios mais improváveis, desde o nome dele escrito em sítios improváveis também.”*

Os sinais que as participantes referem nos discursos apresentados vão ao encontro da esperança da presença dos filhos nas suas vidas, noutra dimensão que não a física, nomeia-se a dimensão espiritual. Nesta linha de perceção, estas mulheres assentam e enaltecem o termo esperança, que de certa forma, ameniza a angústia da perda, o que pode ser crucial para a elaboração do processo de luto, distanciando a ocorrência do luto patológico (Gonçalves & Bittar, 2016).

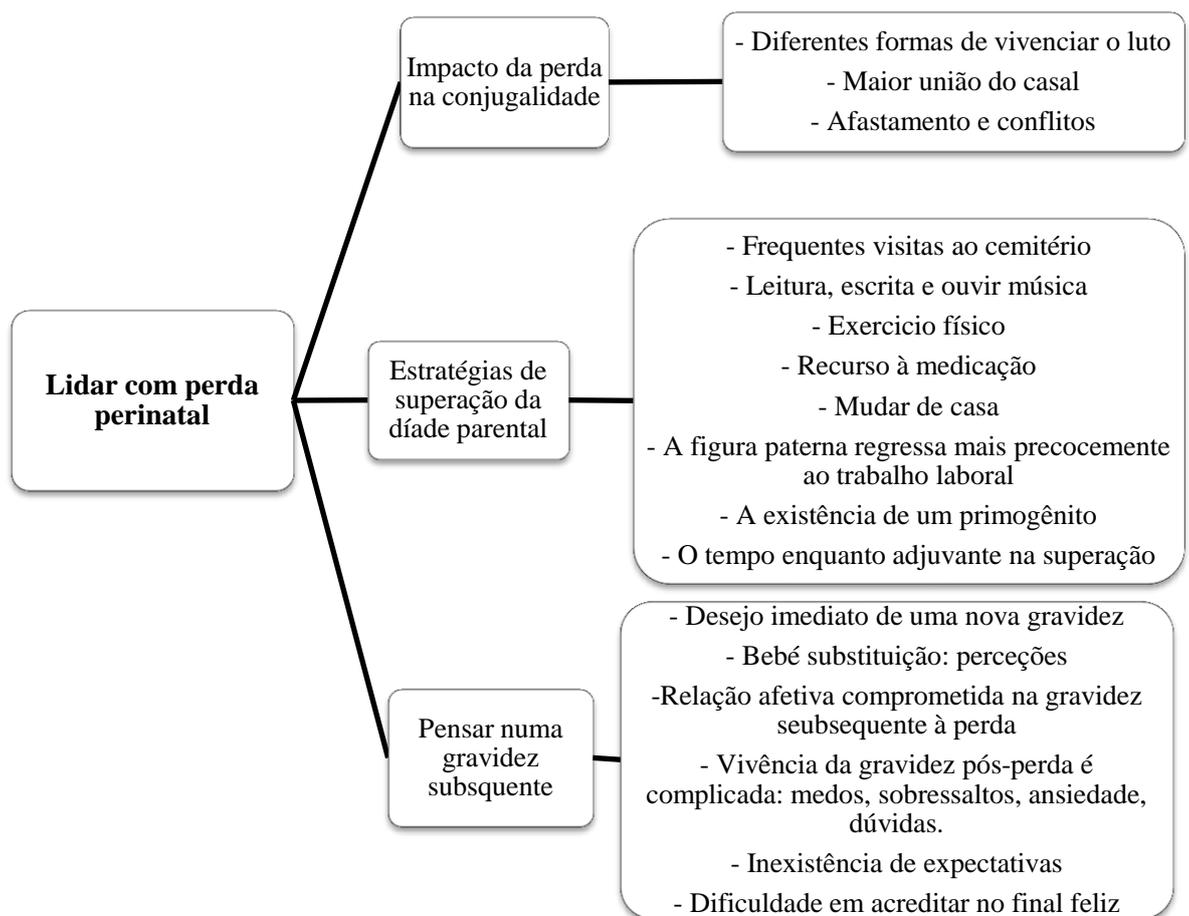
#### ➤ LIDAR COM A PERDA PERINATAL

A adaptação à perda não indica resolução, no sentido de uma aceitação completa e definitiva da perda. Contrariamente, ela abrange uma descoberta de maneira de colocar a perda em perspetiva de seguir em frente com a vida (Walsh & McGoldrick, 1998).

Em concordância, Rolim e Canavarro (2001) a adaptação à perda é um trabalho pessoal, que implica sofrimento e simultaneamente, também a capacidade de encontrar alguma esperança, conforto e alternativas de vida.

Pereira (2012), em suma, considera que a capacidade de adaptação não é mais que um conjunto de estratégias, que o casal e família, elabora e adota. Estas estratégias definidas irão permitir o avanço para um nível, que garantirá equilíbrio e serenidade, conceitos fundamentais à sobrevivência da perda. Para as autoras, Camarneiro e Gomes (2015) as estratégias de coping visam o desenvolvimento de competências pessoais que permitem lidar com a morte, minimizando o sofrimento. Em que o termo *coping* designa as “respostas do sistema nervoso simpático de luta ou fuga (fight ou flight) perante situações percebidas como ameaçadoras da segurança física ou emocional” (Pais-Ribeiro, 2007 citado por Camarneiro & Gomes, 2015, p.114).

**Diagrama 7: Lidar com a perda perinatal e respetivas subcategorias.**



- **Impacto da perda na conjugalidade**

A morte perinatal tem um significado diferente para cada elemento da família, sendo o sofrimento mais evidenciado na mãe (Amthaeur, Sand, Hildebrandt, Linck & Girardon-Perlini, 2012).

Analisando as diferenças enunciadas entre os homens e mulheres, relativamente à vivência do luto torna-se preponderante que o casal se consciencialize para eventuais disparidades na forma como cada um irá lidar com a perda perinatal. Os autores salientam a necessidade de compreensão e de respeito, para que aceitem as diferenças manifestadas na elaboração do processo de luto (Kavanaugh & Wheeler, 2003 citados por Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

O testemunho da participante EA entra em concordância com os autores supracitados, salientando as diferentes formas de vivenciar a perda perinatal, porém, assenta no princípio do respeito mútuo, fortalecendo a relação do casal:

EA: *“Vivenciámos os dois de maneira diferente”; “(...) o que nos tem mantido mais unidos que nunca ao longo destes dois anos é perceber que cada um de nós adaptou a sua forma de viver o luto, sem nunca exigir ao outro ou cobrar ao outro a mesma maneira de o viver”.*

EE: *“Ah, costumo dizer que senão foi a partida do E. que nos afastou não há mais nada que nos afaste. Ah, apesar de já sermos unidos ficámos mais unidos, tornou-nos mais amigos, (...)”.*

Quando o respeito, a confiança, a partilha e a tolerância andam de lado a lado, na vivência do luto no seio do casal, intensificam-se relações tal como se verifica nos testemunhos anteriores. Indo de encontro aos pressupostos defendidos pelos autores Albuquerque, Pereira e Narciso (2015), os autores consideram que apesar de algumas discussões, quando ocorre a partilha da dor e do sofrimento, as relações ficam mais coesas e assentam num maior apoio mútuo. Mourão (2016) cita Geerinck-Vercammen e Kanhai (2003) para reforçar os pressupostos anteriores, os casais durante o processo de luto da perda do filho referem haver uma maior proximidade.

Porém, participantes demonstraram dificuldade em aceitar as particularidades na forma como cada cônjuge vivencia e enfrenta o luto na perda perinatal:

ED: “(...) comecei a não partilhar”; no início isso enervava-me, irritava-me e pensava que só eu, só eu é que estava a sofrer porque só eu é que exteriorizava que estava a sofrer. E isso quase que levou à rutura, levou ao afastamento e inclusivamente, ah, tive de fazer um ultimato e dizer que se as coisas não mudassem, ia cada um para seu lado. E agora estamos melhor, estamos mais unidos mas não é a mesma coisa. Ah, e ele continua sem falar”.

Havendo evidências de uma comunicação ausente ou ineficaz, a partilha de sentimentos e de pensamentos dolorosos não ocorre no seio do casal. Facto que pode ser como medida de proteção do elemento do casal, ou por outro lado, não são expressos por considerar que não serão compreendidos e aceites (Fonseca, 2010).

As diferenças de género na vivência e expressão do processo de luto podem desencadear desentendimentos e contrariedades, a nível conjugal. As vivências díspares podem encaminhar para o isolamento e ao sentimento de incompreensão, em ambos os elementos do casal, ou frequentemente, vivido por um só elemento, paralelamente é evidente a incapacidade de prestar apoio mútuo. A díade parental percebeção “que os seus sentimentos e necessidades não são coincidentes, e por isso não são capazes de responder adequadamente às necessidades do outro” (Bennett, Litz, Lee & Maguen, 2005; Mander, 2005; Schott et al., 2007 citados por Fonseca, 2010, p.2).

No estudo elaborado, as participantes vulgarmente são o elemento do casal que se manifestam numa maior solidão a vivenciar a dor da perda do filho, não encontram momentos de apoio e de partilha mútua com o marido/companheiro, na forma como expressam a dor. Estas especificidades, da vivência do processo de luto no seio do casal pode determinar o afastamento. Sendo o divórcio um pronúncio, ou mesmo uma realidade, como testemunham as participantes EF e EG:

EJ: “Completamente ausente, completamente ausente. E depois uma pessoa começa-se a afastar. O período de luto, a forma de luto foi completamente diferente, eu tinha necessidade de falar, tinha necessidade de chorar, tinha

*necessidade de exteriorizar, ele por outro lado, fechava-se nele, não falava, não falava comigo, não falava com ninguém e depois começámo-nos a afastar completamente. Começamos a seguir rumos diferentes, começámos a ter interesses diferentes, caminhos diferentes, e neste momento está (silêncio), neste momento partilhamos um apartamento, há quase há um ano”; “A nível de relacionamento enquanto casal posso dizer que se não estamos em vias de divórcio, estamos quase”.*

EF: *“Foi diferente, foi muito diferente. Até porque eu já não estou com o pai do F., nem do E., nós já estamos separados e a morte do F. contribuiu muito para o desgaste da relação”; “Tudo aquilo que eu achei que deveria fazer, após a morte do F. fi-lo sozinha, porque ele não fazia, (...)”; “(...)se calhar uma dor vivida de maneira diferente, isso levou a muitos choques na nossa relação, a muitos afastamentos porque não houve o apoio necessário, que se calhar seria o esperado de parte a parte”.*

EG: *“(...) o que levou a um afastamento do casal e um ano depois da perda divorciámo-nos”.*

A relação conjugal após a perda de um filho fica mais vulnerável, havendo maior risco para a deteriorização da satisfação conjugal. (Walsh & McGoldrick, 1998).

Quando o casal comunica abertamente sobre a morte e participam juntos em rituais, culturalmente, significativos (idas ao cemitério, por exemplo), a morte torna-se mais fácil de integrar, e a resolução do processo de luto torna-se mais acessível de alcançar. É necessário tolerar diferentes reações à morte, incluindo, os inevitáveis sentimentos ambivalentes (Idem).

Muitas vezes os casais, não conseguem perceber que estão a vivenciar o luto de formas distintas, condição que pode levar ao afastamento do casal (Morelli, Scorsolini-Comin & Santos, 2013). Sendo verdade que muitos pais perante a perda perinatal vivenciam conflitos conjugais, sabe-se que se o casal tiver noção das diferenças de género na forma de lidar com o sofrimento, as tensões relacionais resultantes de uma perceção incorreta do processo de luto de cada um, tendem a ser reduzidas (Cabral, 2005).

Neste âmbito o caminho para aceitação da perda e para a adaptação da realidade da perda implica que a díade parental se focalize e encontre estratégias de *coping* que permitam sobreviver inicialmente, para que posteriormente se permitam viver.

- **Estratégias de superação da díade parental**

Gonçalves (2014, p.53) no seu estudo identificou estratégias de *coping*, que as participantes utilizaram, para lidar com a morte do filho. Agrupando-as de forma distinta em seis subcategorias: “continuar vínculo”, “*coping* espiritual/religioso”; “evitamento”, “expressão social”, “procura ativa de suporte” e “retomar rotinas e manter-se ocupado”.

Gonçalves (2014) salienta que de todas as estratégias de *coping* enunciadas, a de “continuar vínculo” com o filho perdido foi a mais referida. A autora supracitada engloba na subcategoria “continuar vínculo”, estratégias como: “falar do filho”, “manter fotografias e objetos”, “ir ao cemitério” e “memórias e pensamentos”.

As participantes do estudo descreveram achados que se enquadram nos pressupostos apresentados pela autora. Referindo estratégias de *coping* que permitem uma ligação eterna ao filho perdido.

As idas ao cemitério foram referidas como práticas comuns e partilhadas pelas participantes do estudo. Apesar de partilhadas, as idas ao cemitério, maioritariamente são feitas de forma isolada pelas participantes, havendo dos seus cônjuges/companheiros um comportamento mais diferenciado, com menor frequência. As participantes evidenciam o desejo de proximidade física ao filho, pelo facto de ter sido ali o local onde o deixaram. Segundo os discursos, as participantes manifestavam essa necessidade de ir ao cemitério como se fosse um compromisso.

EA: “(...) eu vou todas as semanas ao cemitério, o X. não vai, (...)”.

EC: “Vamos os dois ao cemitério, mas a maior parte das vezes, eu vou durante a semana sozinha, (...) Todas as semanas, sinto necessidade de ir

*lá.”; “Sei que o corpo dele está ali, (...) e faz-me sentido ir ali (silêncio)...”.*

A participante ED com o regresso ao trabalho, após os quatro meses de licença de maternidade, viu-se obrigada a diminuir a frequência das idas ao cemitério. E a sensação de compromisso sofreu alterações, que conseqüentemente, levou a participante a demonstrar sentimentos contraditórios e de conotações negativas:

*ED: “(...) “Inicialmente ia ao cemitério todos os dias, só chorava. Depois quando comecei a ir trabalhar, porque não fiquei a licença em casa, comecei a ir só uma vez por semana, depois sentia-me mal porque não ia. E dentro destes sentimentos contraditórios que chama-nos sempre para ir ao cemitério é porque estamos mal, mas se não vamos sentimo-nos mal”.*

Por sua vez, a participante seguinte, EH, demonstrou ao longo do discurso uma mudança de comportamento quanto à frequência de idas ao cemitério, que de certo modo se relaciona com a consciencialização da presença do filho na sua vida, numa dimensão mais espiritual, sobrepondo-se à dimensão física adjacente ao contexto espacial do cemitério.

*EH: “(...) o meu maior objetivo era, basicamente, estar com ele. Ia para o cemitério todos os dias, de manhã, ao almoço e à noite, tinha que garantir que havia sempre uma vela ligada porque o bebé podia ter medo de estar no escuro.”; “(...) eu ia todos os dias ao cemitério os primeiros meses, depois passei a ir 2 vezes por semana. A partir dessa altura, foi o virar da página, porque fui quando eu tive plena consciência que ele de facto não está ali, o que está ali foi o que sobrou dele, mas não é ele, só está ali uma parte dele física, mas ele continua sempre comigo em qualquer lado, e deixei de estar tão obcecada em ir ao cemitério e a verdade é que desde essa altura sinto-me melhor, mais conformada”.*

As estratégias de coping associadas a espiritualidade foram referidas pelas participantes. Segundo Wheeler (2001) citado por Gonçalves (2014) emerge uma necessidade de manter uma ligação forte, espiritual e emocional com o filho que morreu e referem que

uma parte significativa da sua vida espiritual gira em torno de desenvolver e aprender a viver com um vínculo contínuo com esse filho.

Neste contexto a participante ED elaborou uma descrição clara e coerente da estratégia de âmbito espiritual que recorre, todos os meses, como forma de assinalar o dia do nascimento/morte do seu filho:

ED: *“Escolhi uma música (...) todos os meses no dia 9 acendo uma vela, e coloco os fones e ouço aquela música, e é o momento, o nosso momento, o meu momento e o momento do D.”*

Simultaneamente, a estratégia enunciada anteriormente, e a estratégia seguinte, enquadram-se, de acordo com as subcategorias apresentadas por Gonçalves (2014), na ligação ao filho recorrendo a “memórias e pensamentos”.

EJ: *“(...) parava, especialmente no sítio onde eu costumava estar quando era da gravidez da minha filha estava lá com ela, ouvir as músicas que tinha programado para o parto (...)”*

Igualmente no estudo de Gonçalves (2014) a estratégia de *coping* “retomar rotinas e manter-se ocupado” é a segunda mais expressa. Sendo o regresso ao trabalho uma estratégia eficaz, uma vez que, direciona a mente à distração e paralelamente combate o sofrimento associado à perda (Idem).

A figura paterna, tende a trabalhar mais cedo (Cacciatore, DeFrain, Jones & Jones, 2008 citados por Mourão, 2016). Facto que se encontra presente no estudo, a figura paterna foi a que demonstrou o regresso ao trabalho logo de imediato, tal como expressam as participantes:

EC: *“(...) deram-lhe a hipótese de ele ficar mais tempo em casa, e ele disse que ao fim dos 15 dias preferia ir trabalhar, não é para esquecer, mas era para manter um pouco a cabeça ocupada”*

EJ: *“Embrenhou-se no trabalho, mas também não fazia muito trabalho, também não conseguia trabalhar. (...) Embrenhou-se no trabalho, nas aulas, nos trabalhos que tem com os alunos, fechava-se no escritório, (...)”*

No discurso seguinte, a figura paterna como estratégia de *coping*, não só pretendia regressar ao trabalho como insistiu numa procura constante de um novo emprego. Segundo a participante, o seu cônjuge não tolerava a ausência do filho e este novo emprego iria colmatar essa ausência e de certa forma, fugir à dor que o circundava:

EI: *“O pai começou numa luta insistente por encontrar um emprego diferente, procurou os transportes internacionais, se calhar como fuga, um bocadinho, à dor e ao sofrimento; que era estar numa casa onde faltava uma criança”*.

O regresso ao trabalho na figura materna ocorreu no final da licença de maternidade, no caso de Portugal, uma morte perinatal abrange uma licença de quatro meses. E nenhuma das participantes antecipou o regresso ao trabalho. E somente um participante EF expressou o trabalho como estratégia de *coping*, a acumulação de tarefas associadas à sua profissão, espelhava horas do dia ocupadas, ou seja, a mente estava esquematizada para o trabalho, e simbolizava o refúgio para enfrentar o sofrimento:

EF: *“No ano seguinte, ocupei-me ao máximo tinha o meu trabalho, comecei a fazer mestrado, dava explicações, trabalhava em duas escolas, não tinha tempo sequer para respirar e isso ajudou-me bastante porque não tinha tempo”*.

Quando já existe um filho ao momento da perda, a ação de “retomar rotinas” é obrigatoriamente retomada. Pode não explicar motivação, mas há um compromisso para com o filho já existente, tal como evidencia a participante EI:

EI: *“(...) como elemento facilitador, o facto de termos já um filho, para mim foi o melhor que nos pode ter acontecido, porque foi ele que nos obrigou um bocadinho a entrarmos em todas as rotinas que nós já tínhamos. Nós não podíamos parar ali, tínhamos que avançar e (...) ter que entrar nas rotinas dele: ir levá-lo à escola, ir busca-lo à escola, ir com ele ao futebol, vir com ele do futebol..., a vida não podia parar”*.

Além de “retomar rotinas”, as participantes referiram formas de se “manterem ocupadas”, estabelecendo uma relação concordante com a estratégia de *coping* referida por Gonçalves (2014).

A atividade física é adequada e aconselhada em todas as fases de luto, uma vez que ocorre a libertação de endorfinas para a corrente sanguínea, como que se de um “remédio natural” se tratasse (Praagh, 2013). No presente estudo, as participantes acrescentam novos achados ao item “manter-se ocupado”, mencionando nos discursos a atividade física como uma estratégia preponderante. Através do caminhar, do andar de bicicleta, do correr as participantes relatam o desamarro de raiva e de revolta, percecionavam como um meio permitido para a expressão de sentimentos tão nefastos:

EF: *“(...) o que eu fiz, ginásio 3/4h por dia, entrava lá às 18h saía de lá às 21h, 21h30m todos os dias, e foi ali de alguma forma que eu canalizei a minha revolta, foi ali que eu consegui ocupar os meus dias e de vir mais cansada, percebes? E isso ajudou-me muito,(...)”*.

EI: *“O que é que me ajudou também, eu ficava em casa e eu fazia muito exercício físico, eu acho que descarregava a minha raiva a andar de bicicleta, fazia caminhadas”*.

EJ: *“As minhas estratégias do luto: fiz muitas caminhadas à beira-mar, (...)”*.

A escrita e a leitura também foram mencionadas pelas participantes como estratégias de coping, sendo a leitura de livros a mais referida, como forma de se manterem com a mente ocupada. Os livros procurados incidiam sobre a justificação para a compreensão da perda de um filho, as participantes procuravam histórias que descrevessem uma situação semelhante à que vivenciavam, como que um livro de autoajuda se tratasse:

EA: *“(...) através da escrita, foi acabar por colocar um bocadinho a minha revolta (...)”*.

EC: *“Vou, vou lendo alguns livros...”; “Anjos nos meus Cabelos” e estou agora a ler “Os anjos não comem chocolate”, e tem-me estado a ajudar”; “(...) Compreender...Não sei... Acaba por me ajudar..., não sei, mas sinto que me ajuda”*.

EE: “(...) procurei livros que de alguma forma relatavam casos de outras mães (...)”.

EF: “A leitura também foi um aspecto facilitador, mas lá está, a leitura sobre o tema ia na tentativa de encontrar algumas explicações porque para aquilo que eu queria que fosse explicado, mas não era possível”.

Gonçalves (2014) invoca a estratégia de *coping* “evitamento”, em que no seu estudo as participantes recusavam falar do filho perdido e da vivência.

No presente estudo, a participante EI, no seu discurso acrescentou um achado relevante que se enquadra no evitamento, em permanecer na sua casa, onde a ausência do filho é marcada. Para a participante houve necessidade de mudar de casa e de cidade para lidar com a perda do filho.

EI: “Eu própria quis mudar de casa, achava que aqui não estava bem na minha casa, procurei outra, mudámos de cidade. Quando chegámos, apercebemo-nos que no apartamento ao lado havia uma criança com o mesmo nome do I., com a idade que o I. deveria ter, naquela altura; e para nós foi ainda pior. Portanto tentámos uma solução que foi absolutamente errada, e voltámos, novamente para o nosso local habitual, para a nossa casa, tudo com tentativas falhadas de tentar superar uma coisa, que não se supera”.

Porém com o passar do tempo a participante assumiu ter optado por uma estratégia ineficaz e regressou à sua casa, realçando no discurso que a perda perinatal nunca se supera.

Com este achado é preponderante abordar o conceito “tempo”. Que é referido por autores como um elemento facilitador na perda, adjuvante das estratégias de *coping*, uma vez que à medida que o tempo voa, simultaneamente, atenua a dor e o sofrimento, apaziguando os corações dos pais. Camarneiro, Maciel e Silveira (2015, p.115) consideram que o tempo é o “melhor remédio ajudando a aceitar o acontecimento que jamais será esquecido”.

ED: “O agente facilitador é o tempo porque vai doendo menos à medida que o tempo passa, e há o conformismo, conseguimos começar a ficar

*conformados com o facto de aconteceu, não vou conseguir mudar e vou ter de levar a minha vida para a frente”.*

Cruzando os discursos anteriores das participantes EI e ED, o tempo leva a um conformismo e a uma posterior aceitação da perda perinatal, porém nunca se supera a perda do filho.

*EH: “(...) não diria superação de luto porque o luto nunca é superado, diria a forma de saber lidar por outro lado continuar a reviver (...)”.*

Camarneiro, Maciel e Silveira (2015) metaforizam o tempo como que se de um “remédio” se tratasse.

Porém, na realidade algumas participantes necessitaram de enveredar por estratégias farmacológicas, para lidarem com o sofrimento e dor da perda:

*EI: “Eu, sai da maternidade medicada, fiz medicação durante algum tempo, ainda hoje faço medicação”.*

*EB: “(...) eu vivi muito mal..., foram dois meses, dois meses mais intensos, com medicação atrás de medicação e foi medicação atrás de medicação (...) basicamente eu vivia para tomar a medicação, eu acordava para tomar a medicação, eu dormia com a medicação”.*

Segundo Parkes (1998) não se devem determinar padrões para o indivíduo reagir à perda, assim como, considerar as reações que manifestam como patológicas. O autor considera arriscado medicar crises normais da vida e tratar o luto como uma doença.

O recurso continuado à medicação antidepressiva, da pessoa em luto pode conduzir a uma deturpação das vivências emocionais das diferentes fases de luto, indispensáveis ao seu progresso normal. Algumas pessoas podem viver dia após dia, sob a influência da medicação, “afastada” das emoções da perda, ou seja, não há espaço para que a perda seja vivida e assimilada (Rebelo, 2005).

Em concordância com os autores citados, estão as participantes EF e EH:

*EF: “É assim, eu saí muito medicada da maternidade, muito mesmo. Porque a revolta era muito grande e porque só a medicação é que me conseguia acalmar. Só que a medicação que me estava a ser administrada, não me deixava chorar, havia ali alguns antidepressivos que me bloqueavam o*

*choro, e aquilo estava-me a fazer muito mal porque eu precisava de chorar, de deitar cá para fora a tristeza, a raiva, a mágoa, a revolta..., aquilo que lhe queira chamar. E a medicação não deixava que isso acontecesse, eu sentia-me a sufocar. Havia ali uma série de sentimentos negativos que, eu tinha necessidade de deitar cá para fora e estavam a ficar cá dentro e cada vez mais a crescer”.*

O luto não se trata de uma doença que deve ser obrigatoriamente medicada, trata-se sim de um sentimento e como tal, deve ser vivenciado e manifestado, até que se desgaste (Freud citado por Rebelo, 2006):

*EH: “Propuseram-me medicação, mas eu nunca quis, a única medicação que tive foi para me ajudar a dormir, mais nada. Achava e ainda acho que a medicação não me ia trazer o meu filho de volta, portanto eu tinha que sentir as coisas, preferi senti-las no momento certo, do que as vir a mascarar todos os sentimentos com a medicação e vir a senti-los mais tarde, quando um dia voltasse a ser mãe”.*

- **Gravidez Subsequente**

Carvalho e Meyer (2007) mencionam que, logo após a perda, a mulher e seus familiares questionam-se sobre futuras gestações. Uma vez que o desejo de voltar a engravidar vai de encontro à possibilidade de refazer um sonho desfeito, tal como expressam as participantes no estudo de Camarneiro, Maciel e Silveira (2015). Com uma nova gravidez as mulheres procuram demonstrar a sua fertilidade, alcançando e garantido o desempenho da maternidade (Idem).

Neste contexto, as participantes do estudo, quando questionadas sobre as estratégias de *coping* adotadas na e para a superação do luto, de imediato, duas participantes referiram uma gravidez imediata à perda:

*EB: “No meu caso foi tentar engravidar outra vez”.*

*EH: “(...) foi voltar a ser mãe, ou seja, logo que pude voltar a engravidar, eu engravidei; felizmente aconteceu rapidamente e ainda bem. Porque confesso que se me tivesse mantido naquela tristeza profunda que estava até engravidar, novamente, não sei o que teria acontecido, (...)”.*

O testemunho da EH conduz à reflexão da literatura científica existente, onde se verifica uma discordância quando à ocorrência de uma gravidez subsequente à perda (Lagarelhos, 2012). Neste contexto, Klaus e Kennel (1993) afirmam que a possibilidade de uma gravidez imediatamente à perda poderá ser considerada uma maneira possível de contornar a dor da perda. Autores defendem que uma nova gravidez poderá contribuir para a resolução do luto, não enveredando pela tentativa de substituição do filho perdido, a gravidez espelha uma confirmação bem conseguida dos esforços maternos, apesar da perda anterior (Leon, 1990; Grinberg, 2000 citados por Tavares, 2013). Encara-se a gravidez subsequente à perda como a possibilidade de reparação da ferida narcísica (Leon, 1990; Franche & Bulow, 1999 citados por Tavares, 2013; Cabral, 2005).

Contudo, a maioria dos autores defende que os pais devem ser informados sobre os riscos de uma nova gestação, caso não apresentem um adequado estado psicológico, para gerar um novo bebé. Existem riscos associados a uma nova gestação, se o processo de luto do filho perdido não estiver elaborado (Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2011).

Na condição de luto normal, há necessidade de ocorrer a libertação dos laços afetivos com o filho perdido. Só assim os pais terão disponibilidade emocional para se ligarem efetivamente a um novo filho, com o despertar de novos afetos, direcionando para um outro objeto de amor (Pereira, 2012).

Neste sentido, uma das participantes demonstrou a consciencialização da necessidade de apresentar uma disponibilidade emocional e mental, até mais do que física, para tentar uma nova gravidez, indo de encontro aos pressupostos referidos anteriormente, pelas autoras:

*EA: “(...) eu acho que é essencial ter uma decisão tomada em conjunto do casal porque enquanto, o psicológico não tiver a 60/70 por cento, acho que não vale a pena. A 100 por cento nunca vai estar, a 60/70 por cento acho que não vale a pena sequer tentar. Tenho conhecimento de muitos casais que ao fim de 3,4, 5, 6 meses engravidaram logo, por mais que a gente diga que um filho não substitui o outro, mas se calhar tentaram logo numa situação de querer dar todo o amor que não puderam dar na primeira”.*

Quando o processo de luto não está resolvido, a díade parental pode cair na tentação de ocorrer a uma ideia de bebé substituição para o filho futuro, onde estarão sempre

presentes barreiras para a vinculação, se o luto do filho perdido não foi aceite e elaborado (Vidal, 2010 citado por Rios, 2013). O filho subsequente pode não ser alvo de investimento afetivo pela mãe/casal como um ser diferenciado e com uma identidade própria, podendo-lhe ser imposto, inconscientemente ou não, as expectativas e as idealizações formuladas sobre o filho perdido (Keating & Seabra, 1994).

O futuro filho associa-se à designação de “criança vulnerável”, uma vez que os pais antecipam frequentemente, uma nova perda, lidando com a gravidez de uma forma bastante ansiosa (Green & Solnit, 1964 citado por Tavares, 2013, p.25).

Se por um lado, autores defendem uma gravidez imediatamente à perda, por outro lado, outros autores contrapõem, Lopes (1997) citado por Tavares (2013), executam a fusão de ambas as ideias defendidas, ao constatar que uma nova gravidez, pode implicar numa primeira instância o risco à não elaboração do luto, porém também se pode assumir como um agente promotor à elaboração do luto.

O achado enunciado na literatura científica vai de encontro ao testemunho da participante EF. Que após a perda perinatal, engravidou num período inferior a um ano, e sentiu uma dificuldade enorme em aceitar e relacionar-se com o seu novo bebé, temia que o destino a voltasse a trair, quanto ao seu desejo da maternidade:

EF: *“No caso do E. eu não fiz nada disso porque eu não me queria vincular a ele, tudo aquilo que eu tinha feito para me aproximar ao irmão eu fiz questão de não fazer com ele.”; “(...) desgasta-te muito emocionalmente porque tu ainda estás a fazer o luto de um filho que perdeste, e inicias o luto por um filho que tu tens, que não sabes se vem porque tu não acreditas que venha porque achas que vai correr mal outra vez qualquer coisa, não interessa o quê, mas vai correr mal.”*

O termo bebé de substituição foi enunciado e presente nas entrevistas, as participantes na sua maioria demonstraram consciência que um bebé seguinte iria assumir o papel de outro filho, sem nunca esquecer o filho da morte perinatal. Achado compartilhado por mulheres no estudo de Santos, Rusenburg e Buralli (2004), ao referirem que “a perda jamais será substituída por outro filho”, o filho perdido é percebido como “um ser único” (p.273):

EA: *“(...) ela será sempre a minha guerreirazita, a minha princesa e nunca vai deixar de ser.”; “(...) portanto a A. fará sempre parte da minha vida e*

*da do X., será sempre a nossa primeira filha, será a irmã mais velha de todos os filhos que eu poderei vir a ter. Mas nunca deixará de fazer parte da minha vida (...)*”.

ED: *“Já quis muito que, mas acho que era aquela ideia de substituir que é logo no início, quando nem se pode (...) um filho nunca substitui outro filho, eu vou ter um segundo filho, não vou ter um primeiro filho, (...)”*.

Porém, uma das participantes desviou-se das restantes assumindo mesmo que por momentos sentiu essa necessidade de ter outro filho, no sentido de recuperar o filho perdido. Não deixa de ser nítida a consciencialização que demonstra com a diferenciação do sexo do bebé, para destruir a ideia do bebé de substituição, ao longo do discurso:

EH: *“Na gravidez da minha filha, eu queria a todo o custo que fosse um rapaz, e quando soube que era uma menina fiquei super desiludida, a sério, não por ser uma menina, não tinha a ver com isso, mas por não ser um rapaz”; “ (...) ainda bem que foi uma menina porque se tivesse um rapaz teria sido claramente o bebé de substituição, e pelo menos assim é muito mais fácil distanciar-me, muito mais fácil distanciar-me dele, ou seja, ele continua para sempre a ser o meu príncipezinho, ou seja, eu agora estou grávida novamente, é uma menina outra vez, e apesar de ter muita dor de nunca mais voltar a ter um rapaz, não sei posso voltar a engravidar mais tarde mas não está nos planos, posso não voltar a ter outro rapaz, e isso custa-me, mas a verdade o rapaz que eu quero é ele e não quero outro rapaz, por outro lado é preferível que seja assim, acho que ajuda-me, a mim ajuda-me”*.

Das dez participantes, ao momento das entrevistas, três demonstraram desejo em voltar a engravidar, uma estava grávida e seis já tinham passado por uma gravidez após a perda perinatal.

Os autores consideram que uma gravidez subsequente à perda perinatal é extremamente difícil, pela vivência traumática anterior e por vezes pela inadequada preparação dos profissionais de saúde, que acaba por dificultar ainda mais (Ampese, Perosa & Haas, 2007):

EF: *“Por exemplo, na gravidez do E. quando tive a ameaça de rutura da bolsa, a estúpida da médica, novita, mulher, que ainda é aquilo que te fere mais, percebes? Os homens à partida os médicos podiam ser mais insensíveis, mas aquilo veio da boca de uma mulher, virou-se para mim e disse-me: “Sabe o teste que lhe fizeram ontem, foi um teste muito caro, economicamente, financeiramente, foi muito caro. E altamente questionável, se seria para ser feito ou não, porque às 21 semanas mesmo que fosse líquido amniótico não havia nada a fazer, porque é que lhe foram fazer o teste?””; “E tu pensas, porque é o meu filho, porque é o meu bebé, porque eu não sou mais uma grávida, porque eu não sou mais uma mãe, porque para vocês eu sou um número, o meu filho é um número. Nós somos pessoas, temos que ter todo o apoio, toda a assistência, principalmente não ouvir aquelas barbaridades, ter alguma sensibilidade.”; “E dado um bocadinho mais quando estamos a falar de mães que já passaram por perdas porque são mães que colocam a esperança toda naqueles bebés, são mães que emocionalmente não estão equilibradas como uma mãe normal, como outra mãe, e deveriam de ter um cuidado um bocadinho mais especial e alguns profissionais não têm, esquecessem-se”.*

Para Rato (1998), a experiência da perda do bebé, espelha-se de forma bastante sombria numa gestação futura, ou seja, poderá influenciar a perspetiva da gravidez seguinte.

Armstrong (2004) citado por Santos et al. (2012) estudou o impacto de perdas fetais anteriores na gravidez subsequente, concluiu que há um aumento dos níveis de angústia nas mães, e os sentimentos variavam entre o medo e a esperança.

As participantes quando questionadas sobre a forma como vivenciaram a gravidez subsequente à perda, expressaram-se de modo unânime e concordante sentimentos e emoções. O medo, a angústia, as dúvidas, o desassossego são evidentes e temem claramente, um desfecho igual ao da gravidez anterior, daí que manifestem o desejo de alcançar o momento do parto, para que o choro seja audível. Expressam a vontade de querer que o tempo passe a uma velocidade relâmpago, para que possam sentir o filho nos braços e recarregar de amor o coração vazio, após a vivência de angústia, de dúvidas e de ansiedades durante toda a gestação:

EA: “(...) por isso, não tenho grandes expectativas, grandes curiosidades em relação a esta gravidez porque tudo pode acontecer a qualquer momento (...) se calhar fez-me ficar mais forte em certos aspetos e fez-me pensar que o futuro é hoje e não amanhã”; “(...) sei que aquele receio pior que eu vou sentir, e eu tenho consciência disso, vai ser quando eu tiver de ir para o trabalho de parto (...)”.

EG: “Já vivenciei, há 10 meses atrás voltei a ser mãe. É muito complicado, é uma gravidez muito ansiosa, achamos que vai correr tudo mal.”; “ (...) E só acreditamos passado um mês, quando já está connosco em casa. E hoje em dia, estou a olhar para ela (ela hoje faz 10 meses), e penso: “já estás aqui comigo”, porque é muita ansiedade, não é saudável”.

EI: “Muita ansiedade, qualquer dor na unha era um motivo de alarme enorme. Sempre a viver semana a semana, mês a mês, sempre à espera de alguma coisa não correr bem.”; “Qualquer sinalzinho, eu ia logo ao médico, ou ligava à médica ou ias às urgências, estava sempre muito, muito aflita, muito aflita”.

O testemunho que segue espelha a ambivalência sentida pela participante. Houve o desejo de engravidar após a perda, mas a magia e todo o positivismo associado ao fenómeno da gravidez de conceber uma vida passaram de um arco-íris, a um manto escuro. Os medos e as angústias marcam o nível de investimento na gravidez, neste caso a participante não quis adquirir lembranças das gravidezes seguintes à perda:

EB: “As gravidezes seguintes foram duas, foram muito difíceis, muito difíceis. A gravidez a seguir ao nado morto foi então, posso dizer um pesadelo, (...). Não gozei a gravidez, detestei estar grávida, aliás nunca gostei de estar grávida, a seguir ao nado morto. Ah.., e foi um dia alto, dez dias baixos. Não tenho uma fotografia de grávida, não tenho nada das gravidezes (...)”.

O medo é um sentimento expresso pelos autores e evidente no discurso das participantes. Associado ao termo “medo” surge, quase sempre, uma conotação pouco positiva, alia-se a sensação de perigo iminente, e que ameaça a segurança da pessoa. Há uma maior vulnerabilidade e a incapacidade de dominar o destino. Segundo Lelord e

André (2002) citados por Fernandes (2011), a melhor forma de enfrentar o medo é a confrontação, é emergente refletir sobre a forma de dominá-lo.

Nesta orientação de atuação, a participante EE demonstra uma concordância plena. O desejo de voltar a ser mãe era imenso, com a obtenção de um teste de gravidez positivo a esperança renasceu, porém o medo invadiu a mente da participante, evidenciava a perda de controlo sobre o seu corpo. Porém com todos os constrangimentos associados ao medo, que a participante percecionava como estando sempre ao seu lado, demonstrou a posse de competências capazes de enfrentar o medo de uma nova perda:

EE: *“Com muito medo, sobressaltos, muitas dúvidas. Ah, foi um misto, muita alegria quando tive o positivo, mas lembro-me que alguns dias depois estar a pensar: “No que é que tu te foste meter! Estás a propor-te a passar pelo mesmo outra vez”. O medo é um companheiro de viagem, ao longo da gravidez aprendi que o medo me acompanhasse lado a lado, não deixei, foi que, avançasse mais do que eu, nunca à minha frente, sempre lado a lado. Mas sempre com muito medo, muita angústia..., se volta a acontecer, ah, não saboreei a gravidez”.*

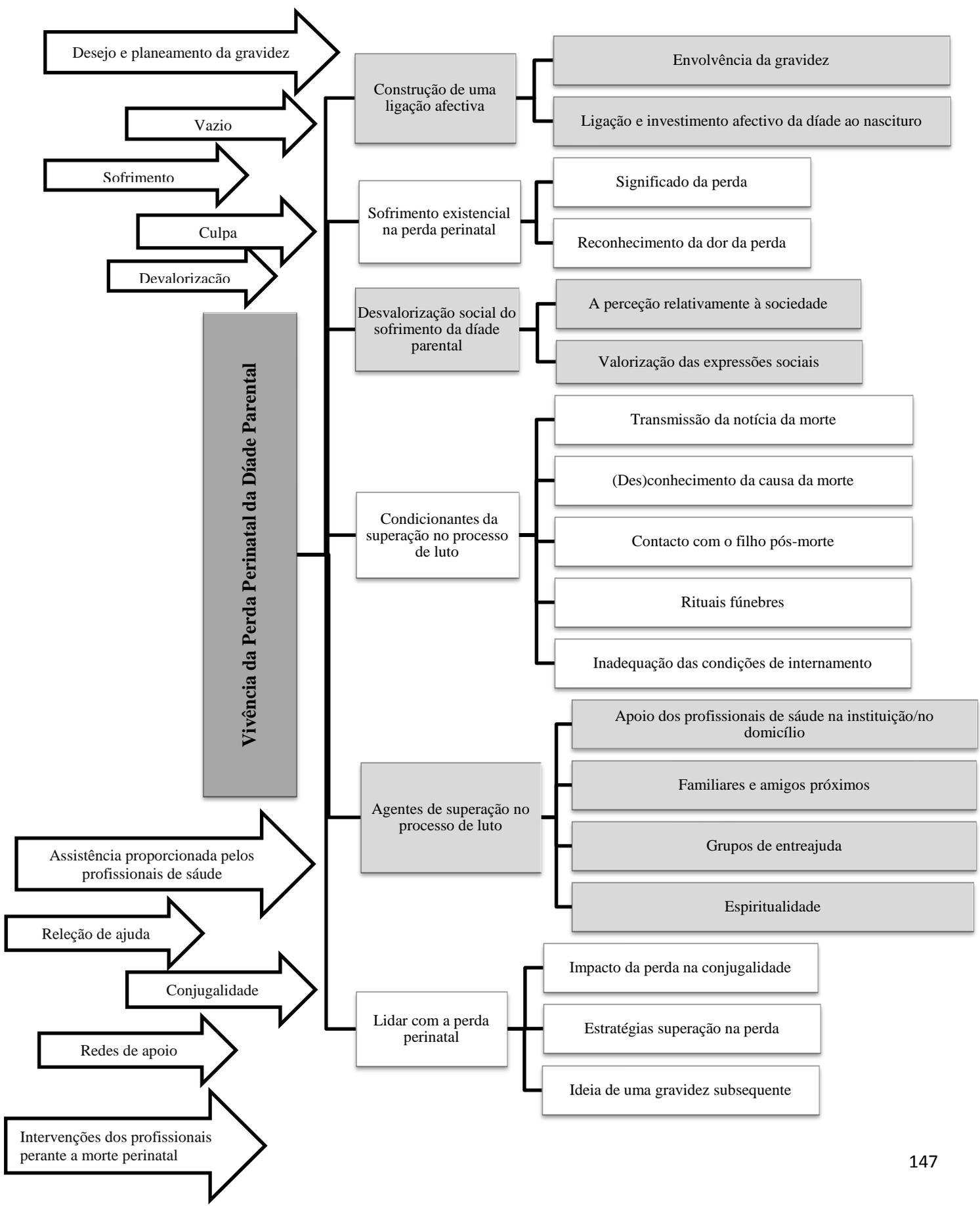
EF: *“Da gravidez do E., algumas vezes eu fui lá, para eles verem se ele estava bem, e chegava lá e pedia sempre imensa desculpa, e dizia que estava a ser neurótica, que sabia que estava ser neurótica mas eu precisava de saber (...); “(...) O meu marco era o parto, era vê-lo a chorar, mas eu não te conto as vezes que eu saí de casa para ir à maternidade, porque achei que sim, fosse acompanhada, fosse sozinha, eu aparecia lá e eles tinham de me fazer uma ecografia para saber se o bebé estava vivo, se não estava vivo, porque eu sabia que ele podia morrer a qualquer momento (...); “vives uma gravidez completamente diferente, completamente sobressaltada, completamente desassossegada no sentido em que, tu não vives aquela gravidez descontraída. Passei a minha gravidez toda à espera que o meu bebé morresse porque além de tu começares a desacreditar na vida, porque a vida tirou-te aquilo que tu mais querias, (...).”*

Dos testemunhos das participantes verifica-se que a vivência da gravidez subsequente à perda perinatal jamais será vivida da mesma forma, havendo concordância com a

literatura, que defendem que as gravidezes seguintes nunca mais serão vividas com a mesma alegria e inocência (Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015).

Perante o estudo das autoras, Nazaré, Fonseca, Pedrosa e Canavarro (2010) a perda anterior pode ser encarada como um acontecimento traumático, que permanecerá ativo na mente da mulher. Em que a magia e a inocência da gravidez serão destruídos, dando lugar a sentimentos de medo e insegurança (Sousa & Muza, 2011 citados por Lemos & Cunha, 2015a).

**Diagrama 8: Síntese final – a vivência da perda perinatal na díade parental, categorias e subcategorias inerentes, englobando achados principais do estudo:**



## CONCLUSÃO

Com a elaboração do presente estudo de investigação de natureza qualitativa foi possível descrever o significado da perda perinatal para a díade parental, através dos relatos das participantes. A perda perinatal quando ocorre é descrita pelas participantes como um acontecimento inesperado, surreal e contra natura, inverte o ciclo de vida natural, os pais não deviam ver os filhos a morrer. Perante uma realidade cruel e irreversível, as participantes atribuem à perda perinatal conotações negativas como: o vazio, o roubo, o pesadelo, a pior dor que se pode sentir e o pior que pode acontecer na vida de um casal.

A vivência da perda perinatal abala as figuras materna e paterna na sua individualidade, conjugalidade, no seio familiar e na comunidade. As participantes não encontravam objetivos que orientassem para o sentido da vida, pois esse tinha partido, juntamente com o filho. Nos momentos imediatos, e que se prolongaram no tempo, o que emergiu do discurso das participantes foi uma forma de sobrevivência no dia-a-dia entre a expectativa de estar com um filho nos braços e o confronto com um berço vazio. A aceitação da perda é uma condicionante para começar a alocar investimentos noutros objetos de amor, permitindo viver. Porém até chegar a este marco, a díade parental passa por diversas fases do processo de luto, umas mais marcadas que outras, mas que na sua passagem deparam-se manifestações comuns a todas as participantes: o choro, o sofrimento, a revolta, o choque, a impotência, a saudade, o isolamento e muito marcada, a culpa.

A culpa é a manifestação mais evidente e mais referenciada nos discursos, a autculpabilização, ou a transferência da culpa aos Outros, nomeadamente, aos profissionais de saúde, invocando práticas ou procedimentos clínicos. A figura materna culpabiliza-se pelo seu corpo a ter atraído, por não ter capacidade de responder à exigência que lhe era pedida, proteger o feto, o filho desejado e planeado. Pode ser a manifestação que mais demarca o bloqueio de um processo de luto normal, podendo

embarcar para comportamentos destrutivos, num limite pode colocar o desejo de pôr fim à vida.

Neste âmbito, o conhecimento da causa da morte pode acalmar o coração e ir libertando aos poucos o sentimento de culpa, dando lugar a resiliência e aceitação. Simultaneamente, permite atuar sobre possíveis problemas maternos identificados nos exames anatómo-patológicos, para preparar futuras gravidezes, minimizando o risco de ocorrência de complicações nas gestações subjacentes. Por vezes, essa identificação da causa da morte nem sempre é possível, deixando a díade parental num ambiente de emoções e sensações ambivalentes.

Como já foi referido, a perda perinatal acarreta sentimentos e emoções avassaladoras à saúde física, mental e emocional da mulher, casal e familiares próximos. Os quais são capazes de danificar o Eu sofredor e de colocar a díade parental numa situação vulnerável a complicações inerentes ao luto. Neste contexto, o apoio é fundamental junto dos pais que ficaram de colo vazio, esse apoio pode emergir de diversas fontes, a família, grupos, pares e dos profissionais de saúde.

Neste âmbito as participantes do estudo demonstraram algumas lacunas no apoio por parte dos profissionais de saúde, que ao analisar estudos cujos participantes eram enfermeiros, nomeadamente, enfermeiros especialistas de saúde materna e obstétrica concordavam com algumas intervenções e atitudes inadequadas por não saberem lidar com a morte perinatal. Salienta-se a necessidade de formação de conhecimentos acerca de situações específicas (perda e luto na gravidez), quer a nível teórico, quer a nível prático. Os hospitais deveriam também promover e apoiar a formação de profissionais nesta área, bem como o acolhimento e atendimento multidisciplinar aos pais enlutados e familiares.

O apoio proporcionado à díade parental no âmbito da comunidade, após o regresso a casa foi inexistente pelos enfermeiros, o apoio neste contexto temporal confinou-se ao apoio psicológico. Pelo que é necessário pensar na construção de parcerias e criação de protocolos, entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários, para que estes pais sintam a presença destes profissionais, numa fase de transição avassaladora, que é o regresso a casa em que a parentalidade fica suspensa por um tempo indeterminado.

A visitação domiciliária está contemplada na legislação portuguesa em que se regem as condutas nos cuidados de saúde primários, porém é uma intervenção que não se deve simplesmente reger à componente curativa e à adaptação à parentalidade quando existe um recém-nascido para cuidar. Deve-se aplicar a estas situações, em que o sofrimento, a dor da perda exigem uma atuação por parte dos enfermeiros e da restante equipa multidisciplinar, de forma individual, personalizada e holística, atendendo às necessidades expressas.

A família, os amigos e a espiritualidade são referenciados como fontes de apoio à díade parental. Havendo sentimentos dicotómicos de compreensão versus incompreensão, proximidade versus afastamento, por ser uma experiência particular no seio do casal, só a figura paterna percebe de uma forma mais similar a perda, referem as participantes.

A perda perinatal é muito desvalorizada socialmente proferiram as participantes, com elevada concordância entre elas. Sendo necessário, nas suas vivências individuais do processo de luto cada elemento da díade parental vivenciar o luto à sua maneira, adotando estratégias de superação com sentido e adequadas a cada um, enquanto seres únicos que são.

A investigadora considera ter atingido os objetivos propostos no início do estudo, porporcionando contributos importantes para justificar momentos de reflexão para a mudança de práticas assistenciais junto da díade parental e familiares, para e na colaboração e participação dos profissionais de saúde, concretamente para os enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia. Os enfermeiros ocupam um lugar privilegiado no e para o contacto com estes casais, necessitam de estar disponíveis motivados e permeáveis para a mudança, que é emergente na abordagem aos pais perante a confirmação de uma perda perinatal.

A investigadora durante o desenvolvimento do estudo de natureza qualitativa deparou-se com algumas limitações, que não impediram a realização, porém foram reconhecidas. Entre elas destaca-se a falta de experiência da investigadora e de perícia, contudo foi possível a condução das entrevistas de forma adequada e assertiva, o que é validado com a informação e a profundidade da mesma obtida no final do estudo, mas inerente está a necessidade de treino por parte da investigadora. O factor tempo foi outro aspecto limitativo, o estudo de natureza qualitativa exige mais tempo dispendido pelo fenómeno da experiência humana que a investigadora se propõe a estudar. Porém,

na verdade o tempo, e a demonstração de disponibilidade do investigador que permitem aceder a realidades subjetivas e suas respostas perante um mesmo fenómeno. Salienta-se noutra esfera, igualmente limitativa, a pouca investigação realizada em redor da temática que espelha um quadro teórico com um espaço temporal significativo.

Com a elaboração do presente estudo de investigação de natureza qualitativa, a investigadora alcançou descrições ricas em promenores, que permitem alcançar a interpretação do fenómeno em estudo na sua complexidade e subjetividade, pela experiência humana que é. Da análise, da interpretação, da apresentação e da discussão dos dados a investigadora constatou lacunas, que dificultam a vivência do fenómeno da perda perinatal, que já isolado, com todas as suas particularidades é um acontecimento trágico e difícil de erguer para encontrar, novos sentidos de vida.

Deste modo a investigadora após reflexão coerente e congruente do estado da arte e da prática de enfermagem e atendendo, às lacunas detetadas, empreende ser oportuno identificar possíveis contributos, com a finalidade de melhorar nas práticas assistenciais de enfermagem, tanto nas instituições hospitalares, como nos cuidados de saúde primários, aos casais/famílias enlutados.

A investigadora considerou pertinente organizar os contributos no contexto da prática clínica em duas áreas distintas: na esfera organizacional e no domínio dos profissionais de saúde.

Na esfera organizacional é necessário repensar nas infraestruturas existentes de forma a minimizar ou não intensificar ainda mais o sofrimento da díade parental, ou seja, as puérperas e as figuras paternas não podem, nem devem estar em contacto directo com as puérperas e recém-nascidos. Estes pais ao vivenciarem sentimentos destrutivos devem ser salvaguardados, como tal, devem ser alojados em locais apropriados, longe de realidades e de ruídos, conferindo proteção.

Outro ponto preponderante, ainda na esfera organizacional relaciona-se com a necessidade de repensar protocolos. Recordando os achados do estudo, as participantes após a alta não tiveram acompanhamento multidisciplinar eficaz e continuado, pelo que se torna necessário melhorar a articulação entre os cuidados de saúde diferenciados e os cuidados de saúde primários.

No domínio dos profissionais de saúde a falta de preparação em lidar com a perda perinatal foi validada pelos próprios, de acordo com os pressupostos de autores

identificados, ao longo do desenvolvimento do presente estudo. Paralelamente, também foi um facto percebido, referido e partilhado pelas participantes nos discursos. Neste contexto, os profissionais de saúde devem questionar-se quanto ao fenómeno da morte e clarificarem as suas angústias, para alcançarem cuidados de excelência e assentes na humanização junto destes pais.

A formação em serviço e contínua sobre a morte em si e concretamente, sobre a morte perinatal é necessária. A investigadora referencia para a existência de entidades reconhecidas e certificadas em Portugal que estão centradas na formação para a elaboração do luto. Nomeia-se a Sociedade Portuguesa de Estudos e Intervenção no Luto enquanto, entidade que valida formação na área e delega a formação ao Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa para formar terapeutas do luto. Salienta-se a existência de projetos independentes, reconhecidos e com certificação DGERT para a formação, destaca-se o “Projeto C Feliz – Centro para o Equilíbrio Emocional”, que atualmente promove a formação a nível nacional, intitulada: “Introdução à técnica de aconselhamento no luto em Portugal”. A formação é agente promotor de reflexão e de mudança, sendo a Enfermagem uma ciência humana prática, em que o conhecimento se forma em espiral hermenêutica entre a prática e a teoria, é importante adquirir conhecimentos e validá-los, para uniformizar boas práticas de enfermagem junto das díades aprentais e familiares enlutados na perda perinatal. Com urgência, abordagens mais adequadas são necessárias: palavras de apoio aos ouvidos de quem não ouve, em tamanho sorimento, mas que sente o calor de um toque, e reconhece a riqueza de das técnicas comunicacionais e relacionais que o abraçam.

Outro ponto que é fulcral a atuação junto dos profissionais é o facto de se proporcionarem momentos, rotineiros, de partilha de conceções e até de limitações entre pares. Ação que enfatiza a necessidade de trabalhar em equipa e de valorizar a interdisciplinaridade.

Indo de encontro à falta de preparação identificada na abordagem à perda perinatal. Para mudar mentalidades e formas de atuação, a alteração de condutas deve ter o seu incio já nos cursos de licenciatura de enfermagem. Para que fututos enfermeiros, consigam falar abertamente da morte, que consigam reconhecê-la como um acontecimento que compõe o ciclo vital, porém a morte é sempre um momento de crise. Na perda perinatal a morte é impensável e desoladora, destrói sonhos, contraria o ciclo vital e na sua vivência, coloca a díade parental num estado de vulnerabilidade. A nível da formação dos

profissionais é essencial que os planos de estudos contemple as competências técnicas, científicas e relacionais. A forma de atuação dos profissionais de saúde, na perda perinatal, destaca-se e classifica-se preponderantemente pela assistência baseada na relação de ajuda: a empatia, a disponibilidade, o toque terapêutico demarcam o cuidado humanizado a estes pais.

No ramo da investigação, a investigadora considera que futuros estudos poderiam proporcionar novos conhecimentos associados à compreensão do fenómeno da perda perinatal. Deste modo salienta-se, a importância de explorar outras dimensões do fenómeno enveredando para estudos complementares, a investigadora sugere para estudos futuros: a percepção da figura paterna, o contributo da espiritualidade, percepções dos enfermeiros nos cuidados de saúde primários sobre a assistência proporcionada às mulheres/casais/familiares enlutados.

A enfermagem como ciência humana prática que é e se assume, necessita de enveredar pelo caminho da investigação para mudar e construir práticas. A investigação proporciona um aumento dos conhecimentos em que os profissionais se baseiam ou organizam a sua prática, assim como, conduz à melhoria da capacidade de inovar.

Segundo Hesbeen (2000), haverá um maior reconhecimento da prática e da profissão de enfermagem pela população, em geral, e pelos restantes profissionais e poderes públicos em particular. A realização de novos estudos nesta área, possibilita a melhoria dos cuidados prestados e das práticas de enfermagem, com vista a responder às necessidades das mulheres/casais e familiares que vivenciam a perda perinatal.

## BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, S., Pereira, M. & Narciso, I. (2015). Couple's relationship after the death of child: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1-24. Doi: 10.1007/s10826-015-0219-2.
- Alvarenga, P., Dazzani, M. V., Affaya, C., Lordelo, E., & Piccinini, C. (2012). Relação entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 477-484.
- Amado, J. (2000). *A Técnica da Análise de Conteúdo*. (Tese de Mestrado, Universidade Aberta). Disponível em <http://www.miemf.wordpress.com>.
- Amaral, N., Cordeiro, A., & Soares, C. (s.d.). Morte fetal tardia - O que podemos aprender? Arquivos MAC.
- Ampese, D., Perosa, G., & Haas, R. (2007). A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciaram a morte do feto viável. *BioEthikos*, 1(2), 70-77.
- Amthaeur, C., Sand, I., Hildebrandt, L., Linck, C., & Girardon-Perlini, N. (2012). Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde e da família. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 81-88.
- Antunes, M., & Patrocínio, C. (2007). A malformação do bebé. vivências psicológicas do casal. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2(8), 239-252.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010). Processo de Luto. In A. Barbosa, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. 4ª ed. Lisboa: Edições 70.
- Basto, M. (2012). *Cuidar em Enfermagem*. Saberes da prática. Coimbra: Formasau, Lda.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Investigação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar.

- Bretas, J., Oliveira, J., & Yamaguti, L. (2006). Reflexões de estudantes de enfermagem sobre a morte e o morrer. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40 (4), 477-483.
- Burroughs, A. (1992). *Uma Introdução à Enfermagem Materna*. 6ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas
- Cabral, I. (2005). Morte e Luto na Gravidez e Puerpério. In I. Leal, *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 a Neonatal Nursing*, 20 (3), 227-234.
- Camarneiro, A. P., & Gomes, S. M. (2015). Tradução e Validação da Escala de Coping com a Morte: um estudo com enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(7), 113-122.
- Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. (2010). Padrões de vinculação pré-natal: contributos para a adaptação maternal and paternal antenatal attachment scale em casais durante o segundo trimestre de gestação. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Camarneiro, A. P., & Justo, J. M. (2012). Efeito do número de filhos na satisfação conjugal e na vinculação pré-natal materna e paterna. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 19-28.
- Camarneiro, A. P., Maciel, J. C., & Silveira, R. M. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (5), 109-117.
- Canavarro, C. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, C.(2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. 2ªed. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C., & Pedrosa, A. (2005). Transição para a parentalidade compreensão segundo Diferentes perspectivas teóricas. In I. Leal, *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-256). Lisboa: Fim de Século.

- Caregnato, R. C., & Mutti, R. (2006). Pesquisa Qualitativa: Análise de Discuso Versus Análise de Conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(4), 679-684.
- 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*, LVII (126), 33-48.
- Cecatti, J., & Aquino, M. (1998). Causas e fatores associados ao óbito fetal. *Revista de Ciências Médicas*, 7(2), 43-48.
- Colman, L., & Colman, A. (1994). *A Gravidez: a Experiência Psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Corbett, R. W. (2006). Cuidados de Enfermagem durante a Gravidez. In D. Lowdermilk, & S. Perry, *Enfermagem na Maternidade* (7 ed., pp. 245-303). Loures: Lusodidacta.
- Correia, M. J. (1998). Sobre Maternidade. *Análise Psicológica*, XVI (3), 365-374.
- Coutinho, C. P. (2008). A qualidade da investigação educativa de natureza qualitativa: questões relativas à fidelidade e validade. *Educação Unisinos*, 12 (1), 5-15. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=449644445002>.
- Cunha, S. (2016). Perda Gestacional: "estes pais existem" e pode haver um dia dedicado a eles. Portugal: Publico. Disponível em <http://www.publico.pt/2016/07/05/sociedade/noticia/perda-gestacional-estes-pais-existem-e-pode-haver-um-dia-dedicado-a-eles-1737342/amp>.
- Delalibera, M., Presa, J., Coelho, A., Barbosa, A., & Pereira, M. (2015). A Dinâmica Familiar no Processo de Luto: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (4), 1119-1134. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63037095015>.
- Direção Geral de Saúde (2005). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa. Ministério da Saúde. Governo de Portugal. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- Duarte, C. A., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante a perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000300009>.

- Farias, L., Freire, J., Chaves, E., & Monteiro, A. (2012). Enfermagem e Cuidado Humanístico às Mães diante do Óbito Neonatal. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(2), 365-374. Disponível em <http://dx.doi.org.10.15253/rev%20rene.v1312.3928>.
- Faria-Schutzer, D., Neto, G., Duarte, C., Vieira, C., & Turato, E. (2014). Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 113-132.
- Fernandes, I. M. (2011). O medo dos enfermeiros em situação de doença própria. *Revista de Enfermagem Referência*, III série (3), 57-65.
- Figes, K. (2001). *A Mulher e a Maternidade*. (M. G. Segurado, Trad.) Lisboa: Editorial Presença.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (1ª edição). Lisboa: Monitor.
- Fonseca, A. (2010). *A vivência paterna de uma perda perinatal: implicações para a intervenção*. 1-4. Disponível em <http://www.revistaperitia.org>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Canadá: Lusodidacta.
- Freitas, W. M., Coelho, E., & Silva, A. T. (2007). Sentir-se Pai: a vivência masculina sob o olhar de género. *Caderno Saúde Pública*, 23 (1), 137-145.
- Gesteira, A. M., Barbosa, L. V., & Endo, C. (2006). O Luto no Processo de Aborto Provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (4), 462-467.
- Gold, K. J. (2007). Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology*, 27, 230-237. Doi:10.1038/sj.jp.7211676.
- Gonçalves, J. T. (2014). *Luto parental em situações de morte inesperadas: reações à perda, estratégias de coping e percepção da qualidade de vida*. (Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa). Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/18271>.
- Gonçalves, P. C., & Bittar, C. M. (2016). Estratégias de enfrentamento no luto. *Mudanças-Psicologia da Saúde*, 24(1), 39-44. Disponível em

<http://www.metodista.br/revistas/revistasims/index.php/MUD/article/download/6017/5352>.

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem*. Lisboa. Lusociência, Lda.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). Morte fetal intermédia, morte fetal precoce. Disponível em <http://smi.ine.pt/conceito/Detalhes?id=4183&Lang=pt>
- Keating, I., & Seabra, M. (1994). Luto e Vinculação. *Análise Psicológica*, 2-3(XII), 291-300.
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal Loss. *Dialogues in clinical Neuroscience*, 14 (2), 187-194. Disponível em <http://www.ncbi.nih.gov/pmc/articles/pmc3384447/pdf>.
- Klaus & Kennel (1993). *Pais Bebê - a Formação do Apego*. Artes Médicas.
- Knob, A., Piccinini, C., & Silva, M. (2009). A transição para a parentalidade da gestação ao segundo mês de vida. *Psicologia USP*, 20(2), 269-291.
- Koch, C., Santos, C., & Santos, M. R. (2012). Tradução portuguesa, adaptação e validação da Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS) em mulheres com perda de gravidez. *Revista de Enfermagem Referência*, III série (6), 123-130.
- Lagarelhos, J. P. (2012). Luto e gravidez. Trabalho de Curso. *Psicologia. pt*, 1-10. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos>.
- Leal, I. (2001). O Feminino e o Materno. In C. Canavarro. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp.21-74). Coimbra: Quarteto.
- Leal, I. (2005). *A Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- Lemos, L. F., & Cunha, A. C. (2015a). Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35 (4), 1120-1138. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1982.3703001582014>.
- Lemos, L. F., & Cunha, A. C. (2015b). Morte na maternidade: como os profissionais de saúde lidam com a perda. *Psicologia em Estudo*, 20 (1), 13-22. Doi: 10.4025/psicoestud.v20i1.23885.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Loureiro, L. M. (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Referência - Revista de Enfermagem*, II Série (2), 22-32. Disponível em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388242124001>.
- Marconi, M. D., & Lakatos, E. M. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Edições Atlas S.A.
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: o corpo gravídico, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebê. *Psicologia*, XVIII(2), 75-98.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-fetal*. Coimbra: Quarteto.
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento Materno e Paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra. ISBN: 978-972-8910-41-9.
- Miranda, A. C. (2016). *Quando a Morte Antecede o Nascimento: actuação do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia na assistência à mulher que vivência uma morte fetal*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia). Universidade de Évora, Évora.
- Monteiro, V. L. (2012). *Perda gestacional e processo de luto: vivências dos enfermeiros especialistas de saúde materna e obstetrícia*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.
- Montenegro, C., & Rezende Filho, J. (2011). *Obstetrícia Fundamental*. (12ªed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, Ltda.
- Montero, S., Sánchez, J., Montoro, C., Crespo, M., Jaén, A., & Tirado, M. B. (2011). A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19 (6), 1-8. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_18.pdf)

- Morelli, A. B., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Impacto da morte do filho sobre a conjugalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 218 (9), 2711-2720.
- Mourão, A. F. (2016). *Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens e comunicação do casal acerca da perda: percepção feminina. (Dissertação de Mestrado)*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Muza, J., Sousa, E., Arrais, A., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34-48.
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A. A., & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Revista Peritia, Edição Especial: Psicologia e Perda Gestacional*, (3), 31-46. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316/14322>.
- Nogueira, J. R., & Ferreira, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebé. *Revista de Enfermagem Referência*, III (8), 57-66.
- Nogueira, P., Costa, A., Pinto, C., Alves, M., & Rosa, M. (2013). Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2011). *Direção de Serviços de Informação e Análise*. Direção Geral de Saúde, Portugal.
- Oliveira, J. B., & Lopes, R. G. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 217-221. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a03v13n2>.
- Oliveira, J. H. (1998). *Viver a Morte - Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

- Organization, W. H. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates*. France: WHO Library Catalogue in Publication Data. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43444/924156A876F34E6CC6367282B2DCF3?sequence=1>.
- Padilha, M., Ramos, F., Borestein, M., & Martins, C. (2005). A responsabilidade do pesquisador ou sobre o que dizemos acerca da ética em pesquisa. *Texto & Contexto em Enfermagem*, 14 (1), 96-105.
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus Editorial.
- Patias, N. D., & Buaes, C. S. (2012). “Tem que ser uma escolha da mulher”! Representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. *Psicologia & Sociedade*, 24 (2), 300-306.
- Pereira, C. M. (2012). *O luto por perda de expectativa de afeto: o conhecimento dos profissionais de IPI*. (Dissertação de Mestrado em Ciências de Educação). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Piccinini, C. A., Gomes, A. G., Moreira, L. E., & Lopes, R. S. (2004). Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 223-232.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O Envolvimento Paterno Durante a Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 303-314.
- PORDATA. (s.d.). *Taxa de Mortalidade Perinatal e Neonatal*. Disponível em <http://www.pordata.pt>.
- Praagh, J. (2013). *Cartas do Céu*. Amadora: Nascente.
- Ramos-Moura, M., & Canavarro, M. C. (2007). Adaptação parental ao nascimento de um filho: Comparação da reactividade emocional e psicossomatologia entre pais e mães nos primeiros dias após o parto e oito meses após o parto. *Análise Psicológica*, 3 (XXV), 399-413.
- Rato, P. I. (1998). Ansiedades perinatais em mulheres de risco e em mulheres com gravidez normal. *Análise psicológica*, 3 (XVI), 405-413.

- Rebelo, J. (2005). Importância da entreatjada no apoio a pais em luto. *Análise Psicológica*, 4 (XXIII), 373-380.
- Rebelo, J. E. (2006). *Desatar o nó do luto* (2ª ed.). Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Rebelo, J. E. (2012). *Atas do Congresso: O Luto em Portugal* (p. 9). Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Reis, A., & colaboradores, e. (2016). *Atas das I Jornadas da rede de ensino superior para a mediação intercultural: Entre iguais e diferentes: a mediação intercultural*. Alto Comissariado para as Migrações.
- Resende, M. (2006). Cuidados Domiciliários: Uma modalidade de Intervenção. *Nursing*, 216, 7-10.
- Rios, T. (2013). *Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: relato de uma experiência* (Trabalho de Pós-Graduação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.
- Rios, T., Santos, C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Elaboração do Processo de Luto Após uma Perda Fetal: Relato de Experiência. *Revista de Psicologia da IMED*, 8 (1), 98-107.
- Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e Luto durante a gravidez e puerpério. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto: Editora.
- Santos, A. C. (2010). O Impacto da Interrupção Espontânea da Gravidez na Vida da Mulher. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstretas*, (11), 32-36.
- Santos, A. L., Rosenburg, C. P., & Buralli, K. (2004). Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 38 (2), 268-276.
- Santos, C. S., Marques, J. F., Carvalho, F. H., Fernandes, A. F., Henriques, A. C., & Moreira, K. (2012). Percepções de enfermeiras sobre a assistência prestada a mulheres diante o óbito fetal. *Revista de Enfermagem Anna Nery*, 16 (2), 277-284.

- Santos, D. P. (2015). *A Elaboração do Luto Materno na Perda Gestacional*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Saúde, D. G. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa: Governo de Portugal, Ministério da Saúde.
- Schmidt, E. B., & Argimon, I. (2009). Vinculação da Gestante e Apego Materno Fetal. *Paideia*, 19 (43), 211-220.
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lisboa: Lidel - Edições Técnica, Lda.
- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 187-192. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>.
- Silva, A. C., & Nardi, A. E. (2011). Terapia cognitivista-comportamental para a perda gestacional: resultados da utilização de eum protocolo terapêutico para o luto. *Revista Psiquiatria Clínica*, 38 (3), 122-124. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000300007>.
- Silva, M. J. (2010). O papel da Enfermagem em Medicina Materno-Fetal. In L. M. Graça (4ª ed.), *Medicina Materno-Fetal* (Cap.18, pp.162-167). Lisboa: Lidel.
- Simas, F. B., Souza, L. V., & Scorsolini-Comin, F. (2013). Significados da Gravidez e da Maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15 (1), 19-34.
- Soares, I. (2001). Ligação materno-fetal. In M. C. Canavarro, *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 75-104). Coimbra: Quarteto Editora.
- Sousa, C., Barradas, C., Pereira, F., & Teixeira, L. (2014). Berço Vazio. Ordem dos Enfermeiros.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o imperativo humanista* (2ª edição ed.). Loures: Lusociência .
- Sutan, R., Amin, R., Ariffin, K., Teng, T. Kamal, M., & Rusli, R. (2010). Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight.

*Journal of Zhejiang University- Science B. (Biomedicine & Biotechnology)*, 11 (3), 209-217.

- Tavares, A. C. (2013). *Lutos gestacional e neonatal: vivência subjetiva materna da perda*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.12/2773>.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39 (3), 507-514.
- Walsh, F. & McGoldrick, M. (1998). *Morte na Família: Sobrevivendo às Perdas*. Artmed Editora. ISBN: 9788573074024.
- Woods-Giscombe, C. L., Lobel, M., & Crandell, J. L. (2010). The Impact of Miscarriage and Parity on Patterns of Maternal Distress in Pregnancy. *Nursing & Health*, 33, 316-328. Doi: 10.1002/nur.20389.
- Worden, W. (1998). *Terapia do Luto. Um manual para o profissional de saúde mental*. (2ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Zagonel, I., Martins, M., Pereira, K., & Athayde, J. (2003). O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 5 (2), 24-32. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>.
- Zornig, S. M. (2010). Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, 42 (2). 453-470.

# APÊNDICES

# **A Perda Perinatal: Perspetiva da Díade Parental**

Tese Mestrado no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna,  
Obstetrícia e Ginecologia

## **Consentimento Informado**

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar livremente, de forma voluntária, no estudo a realizar no âmbito do Mestrado em enfermagem de saúde materna, obstetrícia e ginecologia, subordinado ao tema: “A Perda Perinatal: Perspetiva da Díade Parental”.

Com os seguintes objetivos:

- 1- Descrever o significado da perda fetal tardia para as mulheres/casais que, vivenciaram a experiência a partir dos seus relatos;
- 2- Identificar a assistência de enfermagem disponibilizada e acessível, a estas mulheres/casais.

Compreendo que a entrevista fará parte do trabalho de investigação supracitado. Recebi a informação adequada à minha participação:

- As minhas respostas irão permanecer no anonimato;
- A informação resultante do estudo nunca me identificará em nenhuma circunstância;
- Compreendo que o estudo visa a melhoria e o aperfeiçoamento dos cuidados junto dos casais e famílias, com vivência de perda gestacional;
- Não receberei nenhum benefício direto como resultado da minha participação;
- Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar;
- Caso apresente alguma dúvida ou questão fui informada que devo contactar a investigadora:

Sofia Alves – tem. 961499215 / Email. salves.83@gmail.com

Assinatura do (s) Participante (s)	_____ / _____			
Assinatura	da	Investigadora	_____	al
_____ /	Data	_____.		

**GUIÃO DA ENTREVISTA**

Código N° \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Local \_\_\_\_\_

**Tema: Perda Perinatal: Perspetiva Da Díade Parental**

**Preâmbulo:** A perda fetal tardia é definida como um acontecimento trágico que, arrasta para a vivência de sentimentos nefastos, emoções negativas para os pais e familiares e para os profissionais de saúde.

Aos profissionais de saúde, nomeadamente, aos enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde materna e obstetrícia (EESMO) é prescrito uma ferramenta terapêutica fundamental: a comunicação, para que se possa estabelecer uma relação de ajuda que, por sua vez se assume como elemento central na assistência em enfermagem junto destes pais.

**Objetivos:**

- 1 Descrever o significado da perda fetal tardia para as mulheres/casais que, vivenciaram a experiência a partir dos seus relatos;
- 2 Identificar a assistência de enfermagem disponibilizada e acessível, a estas mulheres/casais.

**Questões:**

- 1- Como descrevem a vivência da perda fetal?
- 2- Que impacto teve a perda fetal na vossa vida? Houve mudanças nas vossas vidas?
- 3- Como vivenciaram o processo de luto da perda do vosso filho?
- 4- Que apoios tiveram durante todo o processo de luto?
- 5- Que estratégias de superação do luto adotaram? O que me indicariam como agente facilitador na superação do luto?
- 6- Como descreve as consultas de vigilância da sua gravidez?
- 7- Quer me falar da assistência proporcionada durante o internamento e no período do puerpério, pela equipa multidisciplinar? E pelos enfermeiros de EESMO?
- 8- Relativamente aos enfermeiros de EESMO, querem-me falar da relação de ajuda estabelecida?
- 9- Pensar numa próxima gravidez, o que lhe causa?/ Como vivenciou as gravidezes seguintes?
- 10- Em relação ao acompanhamento dos profissionais de saúde, sente confiança necessária para voltar à mesma instituição?

**Notas**

## Dados Sociodemográficos

<b>Mãe</b>	<b>Pai</b>
Idade _____	Idade _____
Habilitações Literárias _____	Habilitações Literárias _____
Profissão _____	Profissão _____
Residência (rural/urbano) _____	Residência (rural/urbano) _____
Número de gravidezes _____	
Número de filhos vivos _____	Idades atuais _____ _____ _____
<b>Relativamente à gravidez com perda perinatal:</b>	
1- Primeira gravidez?      Sim ____ Não ____ Se a resposta é não, especifique _____	
2- Foi planeada?              Sim ____ Não ____	
3- As consultas de vigilância da gravidez foram realizadas: Centro Saúde _____ Na maternidade _____ Ambos _____ Particular _____	
4- Durante a gravidez teve alguma complicação?      Sim ____ Não ____ Se sim, pode identificar? _____	
5- Com que idade gestacional ocorreu a perda perinatal? _____.	
6- Em que ano ocorreu a perda perinatal? _____.	

Agradeço a vossa participação no estudo!

# ANEXO

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnFC)**

**Parecer Nº 440\_07-2017**

**Título do Projecto:** Perda fetal tardia: Perspectiva da díade parental.

### Identificação do Proponente

**Nome(s):** Sofia Isabel das Neves Alves

**Filiação Institucional:** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Investigador Responsável/Orientador:** Ana Maria Pogo dos Santos

**Relator:** Rogério Manuel Clemente Rodrigues

### Parecer

A proponente propõe-se desenvolver, no âmbito de Curso Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, estudo que tem como objectivos "1- *Descrever o significado da perda fetal tardia para as mulheres/casais que vivenciaram a experiência, a partir dos relatos;* 2- *Identificar a assistência de enfermagem disponibilizada e acessível, a estas mulheres/casais.*"

O estudo é definido como "qualitativo, exploratório e descritivo".

Os participantes serão obtidos através de "Amostra de selecção intencional: Bola de neve... pela participação em eventos alusivos à temática da perda gestacional: workshops de encontro de mães."

Com base nos documentos apresentados:

- Estão definidos os critérios de inclusão (*"Mulheres/casais que vivenciaram o acontecimento de morte fetal com mais de 28 semanas de gestação; Mulheres/casais que não demonstrem constrangimento em falar sobre o acontecimento; e mulheres/casais que aceitem participar voluntariamente no estudo"*).

- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;

- É apresentado documento para consentimento informado;

- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;

- É apresentado o instrumento de recolha de dados (Guião de "Entrevista semiestruturada");

- Não são identificados danos, ou custos, para os participantes.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é **favorável** ao estudo como apresentado.

O relator:



Data: 20/09/2017 A Presidente da Comissão de Ética:

