

ARTIGO DE INVESTIGAÇÃO (ORIGINAL)

Vivências maternas em situação de morte fetal

*Mothers' experiences of fetal death**Experiencias maternas en situación de muerte fetal*Ana Maria Casalta Miranda¹ <https://orcid.org/0000-0002-8898-0511>Maria Otilia Brites Zangão² <https://orcid.org/0000-0003-2899-8768>¹ Barreiro/Montijo Hospital Center, Nossa Senhora do Rosário Hospital, Lisbon, Portugal² Comprehensive Health Research Center, University of Évora, Évora, Portugal

Resumo

Enquadramento: Portugal regista uma taxa de mortalidade perinatal de 3,5% em 2019, verificando-se assim, um dos valores mais baixos nos últimos 10 anos. A morte fetal é uma das experiências mais traumáticas que a mulher pode experimentar.

Objetivo: Analisar os sentimentos/vivências das mulheres em situação de morte fetal.

Metodologia: Assenta num estudo transversal, descritivo com uma abordagem qualitativa. Amostragem não probabilística, de conveniência. Incluiu 10 entrevistas semiestruturadas a mulheres que vivenciaram morte fetal. Utilizado *software* IRaMuTeQ, versão 0.7 alpha 2.

Resultados: As mulheres encaram a morte fetal como uma experiência dolorosa, é evidenciada a transmissão da notícia da morte fetal, como fria e pouco humana. Demonstram satisfação nos cuidados prestados pelos enfermeiros EESMO ao salientarem a componente relacional. As mulheres ressaltaram a falta de informação e de preparação para a alta.

Conclusão: Desenvolvimento de atividades formativas direcionadas aos enfermeiros que contactam com situações de mulheres que vivenciam morte fetal, no sentido de realizarem uma prática baseada em evidências científicas, nomeadamente no que concerne à comunicação e relação interpessoal.

Palavras-chave: enfermeiras obstétricas; período pós-parto; mulheres; morte fetal

Abstract

Background: In 2019, the perinatal mortality rate in Portugal was 3.5%, one of the lowest rates in the past 10 years. Fetal death is one of the most traumatic experiences that women can face.

Objective: To analyze women's feelings/experiences in situations of fetal death.

Methodology: Cross-sectional descriptive study with a qualitative approach. Non-probability convenience sampling. Ten semi-structured interviews with women who experienced fetal death. IRaMuTeQ software, version 0.7 alpha 2, was used.

Results: Women reported that fetal death was a painful experience and that the news of fetal death had been delivered to them in a cold and inhuman way. They were satisfied with the care provided by the nurses, and highlighted the relational component. They also pointed out the lack of information and the preparation for hospital discharge.

Conclusion: Training activities aimed at the development of evidence-based practices should be implemented for the nurses who contact with women who experience fetal death, particularly regarding communication and interpersonal relationships.

Keywords: nurse midwives; postpartum period; women; fetal death

Resumen

Marco contextual: Portugal registró una tasa de mortalidad perinatal de 3,5% en 2019, una de las cifras más bajas de los últimos 10 años. La muerte fetal es una de las experiencias más traumáticas que una mujer puede experimentar.

Objetivo: Analizar los sentimientos/las experiencias de las mujeres en situación de muerte fetal.

Metodología: Se basa en un estudio transversal y descriptivo con un enfoque cualitativo. Muestreo no probabilístico y de conveniencia. Incluyó 10 entrevistas semiestructuradas a mujeres que experimentaron una muerte fetal. Se usó el programa IRaMuTeQ, versión 0.7 alfa 2.

Resultados: Las mujeres consideran la muerte fetal como una experiencia dolorosa, se evidencia una transmisión de la noticia de la muerte fetal como fría y poco humana. Muestran satisfacción en los cuidados prestados por los enfermeros EESMO al destacar el componente relacional. Las mujeres resaltaron la falta de información y de preparación para el alta.

Conclusión: Desarrollo de actividades formativas dirigidas a enfermeros que tienen contacto con mujeres que experimentan una muerte fetal, con el fin de realizar una práctica basada en pruebas científicas, concretamente en lo que respecta a la comunicación y la relación interpersonal.

Palabras clave: enfermeras obstétricas; período posparto; mujeres; muerte fetal

Autor de correspondência:

Maria Otilia Brites Zangão

E-mail: otilizaz@uevora.pt

Recebido: 19.03.20

Aceite: 04.06.20

Como citar este artigo: Miranda, A. M., & Zangão, M. O. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), e20037. doi:10.12707/RV20037



Introdução

A morte fetal é uma das experiências mais traumáticas que os pais e famílias podem experienciar, trazendo muitas vezes graves alterações na vida da família (Binnie, 2020). As expectativas criadas durante a gravidez são de continuidade da vida e nunca de morte. Quando confrontados com uma morte fetal, o casal sente-se traído, enganado e fracassado. Os pais são impedidos de viverem os sonhos, as fantasias e planos envolvidos na maternidade, de experienciarem este acontecimento de vida tão poderoso e carregado de afeto, quanto é o nascimento de um filho (Ferreira, 2019; Quintans, 2018). Os dados disponibilizados permitem verificar que nos últimos anos, particularmente desde 1980 que se tem assistido, em Portugal, a uma diminuição no número de mortes de fetos/recém-nascido. Em 2019, a taxa de mortalidade perinatal foi de 3,5% e a taxa de mortalidade neonatal foi de 1,9% (Pordata, 2020). Esta diminuição deve-se sobretudo ao avanço da tecnologia, uma vez que esta permitiu uma vigilância e rastreio atempado de complicações durante a gravidez. No entanto, as perdas gestacionais continuam a acontecer, envolvidas num quadro de dor e drama.

A Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica apresenta uma função de destaque no decorrer do processo de uma morte fetal, sendo que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) têm alguma dificuldade em lidar com a morte num ambiente em que diariamente brotam novas vidas. O momento de comunicar à mulher/família o diagnóstico de perda gestacional torna-se muito delicado, na medida em que provoca ansiedade e insegurança no EESMO quando presente no momento da comunicação da má notícia (Alves, 2018; Binnie, 2020).

O impacto da morte fetal, vai muito além dos pais, estendendo-se à família, amigos e aos EESMO, estes últimos encontram assim, dificuldades para abordar e até para empreenderem os cuidados necessários à mulher com morte fetal (Binnie, 2020). Neste sentido, é importante perceber quais os sentimentos das mulheres que passam por uma situação de morte fetal de forma a ajudar os Enfermeiros EESMO a adquirirem uma conduta que vá ao encontro dos cuidados adequados a estas mulheres.

O objetivo delineado para este estudo foi: analisar os sentimentos/vivências das mulheres em situação de morte fetal.

Enquadramento

O ciclo de vida humana compreende várias etapas, desde o desenvolvimento embrionário, passando pelo nascimento, a infância, a idade adulta e terminando, na morte, o fim da vida. Estas etapas são fenómenos universais, pessoais e únicos. A vida e a morte marcam presença na existência humana. Em algumas situações, a morte inverte a sequência lógica do ciclo vital, levando a perdas precoces, tais como aquelas que ocorrem durante

a gravidez (Quintans, 2018; Rocha, 2016).

O conceito de morte fetal, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), consiste na morte anterior à completa expulsão ou extração de um produto da concepção do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez (World Health Organization [WHO], 2016).

As mortes perinatais podem ser classificadas em três grupos (WHO, 2016): de acordo com o tempo - se a morte ocorreu no período pré-parto (antes do início do trabalho de parto), intraparto ou no período neonatal (neonatal precoce: até o dia 7 da vida pós-natal; ou neonatal tardio: dias 8 a 28 da vida pós-natal); de acordo com a causa da morte perinatal e ainda de acordo com a condição materna. Também Serrano, Centeno, e Ramalho (2018), associam as mortes fetais a três fatores principais, condições maternas, condições fetais e condições placentárias.

Muitas destas perdas acontecem numa gravidez sem intercorrências, sem qualquer sinal prévio, levando ao aumento do choque sentido pelos pais perante a notícia da morte do filho, dificultando a aceitação do acontecimento. Esta morte inesperada ou inexplicada, é uma situação complexa e muitos fatores podem contribuir para a sua patogénese (Serrano et al., 2018). O modo de lidar com esta perda é influenciado por muitos aspetos da história reprodutiva do casal (Pontes, 2016). A morte fetal pode causar efeitos devastadores na saúde mental do casal, não só no momento da perda, como também em gravidezes posteriores à perda, em que o risco de complicações fetais está aumentado, assim como risco aumentado de morte fetal (Pontes, 2016; Serrano et al., 2018).

Comunicar a notícia de morte fetal à mulher é um dos aspetos que os profissionais devem ter em atenção, pois esta deve ser clara e eficaz, respeitando os sentimentos da mulher. É necessário estar atento às técnicas de comunicação, nomeadamente ao tom de voz, que deve ser suave, porém firme, usando um vocabulário adequado ao nível cognitivo e socioeconómico da mulher. Por outro lado, é muito importante a verbalização da disponibilidade para o cuidado (Quintans, 2018). Todos estes aspetos são importantes para ajudar estas mulheres a ultrapassar o processo de perda de uma forma bem elaborada.

O luto por um filho é marcado por muita culpa e revolta. O processo de luto e as respostas que este processo gera nas pessoas enlutadas, foi analisado por vários autores, desde Freud, até aos dias de hoje. O luto, nestas situações de perda, pode ser dividido em duas vertentes, uma como o estado de dor e sofrimento subsequente à perda e a outra vertente como o processo psicológico de elaboração da perda (Pontes, 2016). Todo este processo de luto é definido, como o “processo de resolver o luto, reação emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo, trabalho consciente com reações e emoções de sofrimento” (International Council of Nurses, 2019).

A intervenção de um enfermeiro EESMO reflete-se no cuidado disponibilizado à mulher, desde a admissão no

serviço já com o diagnóstico de morte fetal, ou perante o diagnóstico realizado já em internamento, pela realização do parto e, depois, pela confrontação da mulher com o filho morto. A confrontação da mulher com o filho morto é, talvez, a fase mais complicada de todo o processo, pois a mulher tem sempre a esperança de que o seu filho afinal nasça com vida (Quintans, 2018).

A intervenção do enfermeiro EESMO deve objetivar uma intervenção que ajudem no processo de adaptação de forma a contribuir para o bem-estar físico, psicológico e social da mulher, pois esta complexidade e exigência do fenómeno da morte fetal exige profissionais cada vez mais diferenciados no apoio a estas mulheres (Xavier, Nunes, & Basto, 2014).

Questões de investigação

Quais os sentimentos/vivências das mulheres em situação de morte fetal?

Quais os sentimentos das mulheres face aos cuidados que lhes foram prestados pela equipa de Enfermeiros EESMO antes, durante e após a vivência de morte fetal?

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo com uma abordagem qualitativa. Este estudo foi realizado num Centro Hospitalar de Portugal em 2016, utilizando uma entrevista semiestruturada, a qual incluiu questões sobre os dados sociodemográficos e perguntas sobre a experiência vivenciada pela mulher perante a morte fetal, nomeadamente, quais os sentimentos que vivenciou quando confrontada com a notícia da morte do feto; quem comunicou a notícia e como foi abordada; como se sentiu com os cuidados prestados pela equipa de enfermeiros EESMO; quais os comportamentos/atitude que acha que deveriam ser alterados.

Obteve-se parecer positivo da Comissão de Ética para a Investigação nas Área de Saúde Humana e Bem-Estar da Universidade de Évora (Nº15008), e autorizações no Centro Hospitalar. Foram igualmente garantidas todas as condições de anonimato e de confidencialidade das respostas obtidas. As participantes receberam informação sobre o estudo, nomeadamente objetivo e contributos, tendo assinado o consentimento informado para a recolha e gravação da entrevista.

A seleção da amostra foi realizada através do método de amostragem não probabilística, de conveniência (Marôco, 2018). Os critérios de inclusão foram: mulheres que experienciaram morte fetal, com idade gestacional superior a 13 semanas e que o parto tenha ocorrido no Centro Hospitalar nos 5 anos que antecederam o estudo, como critérios de exclusão não inteirarem os critérios de inclusão. Todas as participantes foram identificadas com base nos registos efetuados no bloco de partos do Centro Hospitalar, o convite foi endereçado via telefone e todas as que foram contactadas, aceitaram participar. As entrevistas foram realizadas numa sala do serviço de

formação do Centro Hospitalar, tiveram uma duração de aproximadamente 30 minutos, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. Durante a execução das entrevistas, foi preocupação do investigador a criação de um ambiente calmo e que fosse fora do ambiente do Bloco de Partos/Internamento e que possibilitasse uma expressão espontânea por parte das mulheres que viveram o fenómeno. O período que mediou o fenómeno e a entrevista variou entre 2 meses a 5 anos.

Após a transcrição das entrevistas na íntegra e para garantir a credibilidade e a fiabilidade foi pedida a cada uma das mulheres entrevistadas que lessem o relato transcrito, validando assim as transcrições efetuadas e a entrevista. O *corpus* foi organizado de acordo o protocolo de análise do *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*) 0.7 alpha 2.

Foi feita a codificação dos entrevistados (entre_01 a entre_10) e das variáveis (idade, estado civil, habilitações literárias e experiência de morte fetal anterior). O *corpus* analisado foi constituído por 10 Unidades de Contexto Iniciais (UCIs), cada entrevista é considerada uma UCI. Cada UCI iniciou-se com uma linha de comando definida:

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

Resultados

A amostra foi constituída por 10 participantes, todas elas de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos, a maioria (80%) encontrava-se na faixa etária dos 30 anos aos 39 anos. Analogamente ao seu estado civil, a maioria (80%) destas é casada. Em relação a ter outros filhos, apenas uma (10%) refere ter filhos. A maioria (80%) tem como habilitações literárias o Bacharelato/Licenciatura. Metade da amostra refere já ter experienciado anteriormente a perda gestacional e a outra metade refere ser a primeira experiência. As mortes fetais ocorreram, na sua maioria (90%), de forma espontânea, apenas uma (10%) derivou de uma interrupção médica da gravidez.

As entrevistas analisadas foram constituídas por 103 Unidades de Contexto-Elementares (UCEs). Destas 103 UCEs, o *software* classificou 89 segmentos de texto, com um aproveitamento de riqueza de vocabulário de 86,41%, de onde emergiram sete classes por Classificação Hierárquica Descendente (Figura 1).

Na visualização da Figura 1, é possível constatar que se formaram primariamente as classes 1 e 2. Posteriormente, surgiu a divisão das classes 3, 4 e 7, sendo que desta última emergiram as classes 5 e 6. A interseção das classes 3, 4 e 5 é bastante representativa da interligação entre o significado da morte fetal para a mulher e a reação destas mulheres perante a notícia de morte fetal. Embora mais ténue a interseção com a necessidade de apoio perante o confronto da notícia. Paralelamente, as classes sentimentos vivenciados pela mulher perante a perda e necessidade de apoio perante o confronto da notícia de morte fetal.

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

O processamento dos dados obtidos permitiu assim

agrupar o corpus do texto resultante das entrevistas nas seguintes sete classes, as quais foram nomeadas de acordo com a representatividade do conteúdo e das palavras mais evocadas: Classe 1 - Integrar a morte fetal; Classe 2 – Perceção de mulheres que vivenciam morte fetal sobre as atitudes dos profissionais durante o atendimento; Classe 3 – Reações da mãe à notícia da morte fetal; Classe 4 – Significado atribuído à morte fetal pela mulher; Classe 5 – Necessidade de apoio quando confrontado com a notícia; Classe 6 – Superação da morte fetal; Classe 7 – Sentimentos vivenciados em situação de morte fetal.

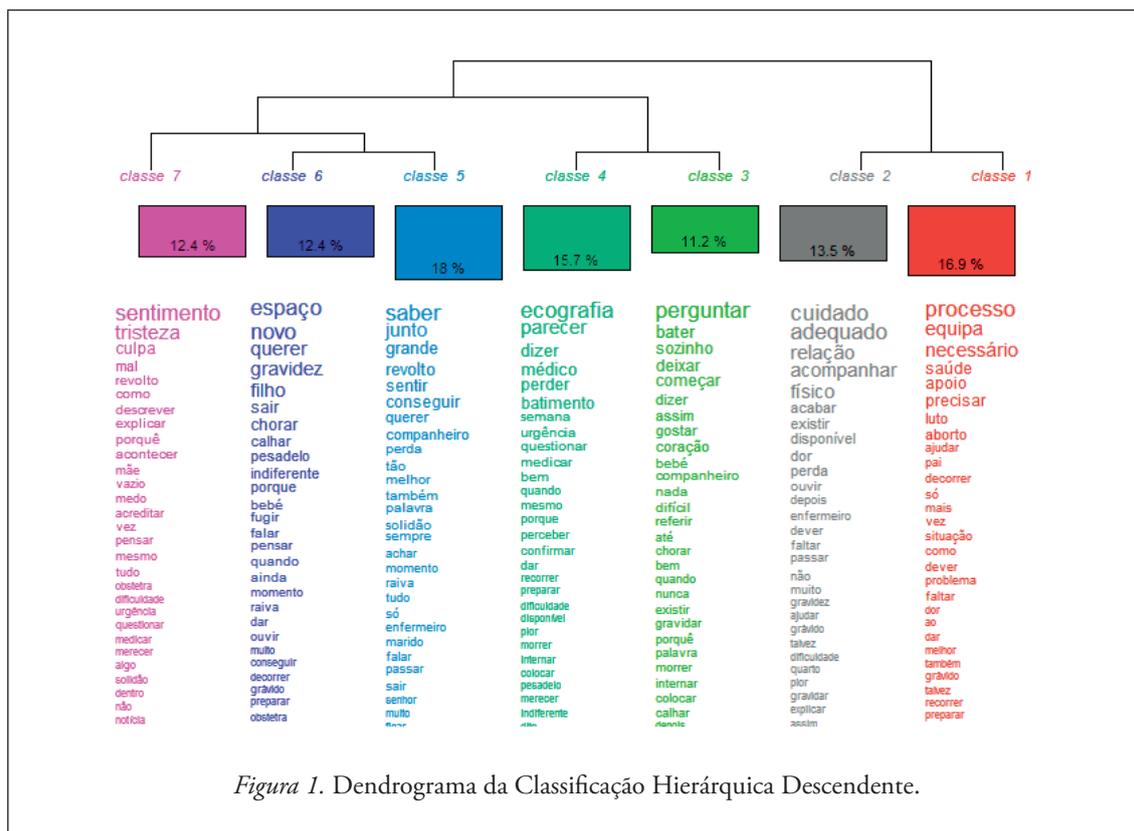


Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.

Discussão

Tendo por base o objetivo e o fenómeno (morte fetal), as sete classes foram nomeadas, surgem temas centrais com os quais será realizado o cruzamento com a literatura, dando sempre destaque às palavras com mais peso dentro de cada classe.

Classe 1 - Integrar a morte fetal

Cada vez mais a decisão de ter um filho acontece no momento considerado ideal, o que leva a criar expectativas elevadas na gravidez. Uma vez grávida, a mulher prepara-se durante 9 meses para receber o bebé com ansiedade e fantasia, sendo este o projeto mais importante da vida do casal (Ferreira, 2019). No decorrer do projeto de maternidade, não é contemplada a situação de perda, geralmente, após a aceitação da gravidez, só há lugar para felicidade, construção de sonhos e expectativas para acolher o novo membro da família, idealizado ao longo da gravidez. A contrastar com estas vivências, surgem

com a morte fetal: angústia, tristeza e desolação, quebra-se a possibilidade de viver a maternidade surgindo o fracasso (Camarneiro, Maciel, & Silveira, 2015). Torna-se, assim, difícil de explicar todas as incertezas, muitas vezes manifestadas pelas questões como, quando, porquê,

queria muito esta gravidez e este filho planeamos tudo não era justo pensei que o meu corpo não era bom para gerar um filho não entendia é se ainda era nova porque o meu bebé tinha morrido eu consegui ficar grávida. (entre_10; julho de 2016)

“O que tinha feito de mal para que tudo se repetisse porquê a mim foi difícil acreditar” (entre_02; julho de 2016).

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

mal para não conseguir ser mãe pela terceira vez será um castigo sinto me incompleta como mulher” (entre_02; julho de 2016).

Torna-se difícil aceitar a perda quando durante a gravidez tudo corre bem, o esperado seria o nascimento de um filho saudável, “a gravidez decorreu sem nenhuma intercorrência estávamos tão felizes tínhamos tudo preparado em casa nós queríamos muito este filho não era justo” (entre_09; julho de 2016).

O facto de a gravidez falhar provoca na mulher uma enorme injustiça e dificuldade em lidar com ela, manifestando revolta até para com ela própria para com as pessoas mais próximas, nomeadamente, pais e marido (Alves, 2018). Esta revolta foi espelhada no discurso das mulheres entrevistadas, “achei que não fiz nada para merecer isto nem eu nem nenhuma mulher chorei muito sinto revolta contra tudo e contra todos neste momento estou zangada com todos comigo com deus com meu marido os meus pais” (entre_10; julho de 2016).

Classe 2 - Perceção de mulheres que vivenciam morte fetal sobre as atitudes dos profissionais durante o atendimento

O enfermeiro deve pôr de lado os seus próprios valores e crenças para conjuntamente com os outros elementos da equipa prestarem cuidados de qualidade a estas mulheres; proporcionar um ambiente seguro e adaptativo através da escuta empática e ativa; respeitar a sua cultura, raça, religião, valores e crenças; informar o casal sobre todas as questões referentes à situação; identificar pais e famílias em risco de desencadarem respostas não adaptativas à perda; ajudar o casal/ família a adaptar-se à nova situação, favorecendo a aceitação da perda (Alves, 2018; Pontes, 2016; Lei nº 156/2015 de 16 de setembro).

As participantes sentiram acompanhamento de forma persistente e adequado por parte dos enfermeiros, simultaneamente com um elevado grau de sensibilidade às manifestações verbais e não-verbais da dor. É evidenciado que o cuidado emocional é a habilidade de compreender o imperceptível nos cuidados que são prestados (Sequeira, 2016; Xavier et al., 2014), “foram muito sensatas e humanas senti que a componente humana e relacional se sobrepôs à parte técnica dos cuidados senti-me acompanhada, mas nada preenchia o vazio que sentia é indiscritível a dor que se sente” (entre_04; julho de 2016).

Foi igualmente valorizado ter sido facilitado o acompanhamento e o apoio emocional por parte do companheiro e da família. A presença de familiares e amigos é fundamental no apoio à mulher, principalmente no processo de luto (Rios, Silveira dos Santos, & Dell’Aglia, 2016). O progenitor é evidenciado como a figura fundamental, sendo importante a união do casal para que se apoiem mutuamente e encontrem forças para enfrentar a perda, conforme é referido pelas participantes, “estiveram presentes não me deixaram sozinha possibilitaram a presença do meu companheiro e a visita de uma amiga foram muito humanas quando o meu bebé nasceu perguntaram nos se gostávamos de ver o bebé senti muito apoio” (entre_03; julho de 2016).

Proporcionar ambiente seguro no sentido de resguardar as mulheres do choro dos outros recém-nascidos e da convivência com outras mulheres em trabalho de parto (Serrano et al., 2018), foi outra das condutas positivas por parte dos enfermeiros, conforme referido pelas mulheres,

a equipa que me assistiu foi muito sensata colocou-me no último quarto onde me protegia do entra e sai de outras grávidas e puérperas estiveram sempre presentes deram-me espaço para chorar desabafar e essencialmente quando não queria falar respeitaram. (entre_06; julho de 2016)

No entanto, verificamos que houve algumas mulheres a quem este ambiente não foi proporcionado, dando a transparecer divergência nos cuidados e até mesmo insensibilidade, desumanização e uma má prática no cuidar. Cabe ao enfermeiro proporcionar essas condições, caso não existam, é imperativo adaptá-las para que as mulheres possam usufruir de privacidade na vivência da situação,

ouvira o meu companheiro dizer obrigada e eu só chorava relativamente ao ambiente . . . o local para um nascimento ouvira o gemer de algumas grávidas e até o choro de um bebé isto lembra-me muito bem foi difícil aquele choro. (entre_07; julho de 2016)

Para além da dor emocional também a dor física, desencadeada pela indução do parto, deve ser contemplada na assistência à mulher. A dor física deveria ser evitada por ser considerada extremamente agressiva, já que a emocional não é possível evitá-la (Alves, 2018; Catlin, 2017). Foi ainda referenciada a valorização da dor emocional sentida com palavras de reforço positivo por parte do enfermeiro. Na abordagem a estas mulheres devem utilizar-se algumas frases “sinto-me triste por si”; “o que posso fazer por si?”; “Isto deve ser duro para si,” para desta forma a mulher sentir que valorizam a dor desmesurável que sente perante a perda (Jansson & Adolfsson, 2011), “como lhe deve custar ouvir chorar o bebé que acabou de nascer no quarto ao lado senti que aquela enfermeira percebia a minha dor quanto ao ambiente físico penso que não foi o adequado apetecia-me fugir dali” (entre_01; julho de 2016).

Classe 3 - Reações da mãe à notícia da morte fetal

Podemos dizer que a comunicação da notícia de morte fetal é sempre um momento angustiante para as mulheres que, ao confrontarem-se com a perda, chegam a questionar-se se é verdade o que lhes está a acontecer, parecem não entender o que lhes é comunicado, chegando mesmo a não acreditar no que estão a ouvir. O facto de a morte fetal ocorrer de forma inesperada e imprevisível contribui para aumentar o choque sentido aquando da comunicação da notícia da morte do filho (Pontes, 2016). Quando a notícia é transmitida de forma clara, direta, pode atenuar o choque, permitindo compreender melhor o que é comunicado, assim como a aceitação do fenómeno (Alves, 2018; Quintans, 2018), “foi dada pelo médico pareceu-me bastante distante fiquei sem perceber se estava a ouvir bem a mensagem” (entre_04;

julho de 2016).

A maioria das mulheres, perante a confrontação com a notícia, desencadeiam uma reação de dúvida, descrença, incertezas, sendo difícil acreditar no que lhes é transmitido, chegando mesmo a questionar se não será engano, se o que estão a ouvir é mesmo verdade, trata-se da fase de choque, tornando por vezes difícil a assimilação da informação, devendo por isso ser dado tempo para a mulher poder interiorizar e se necessário reformular a informação (Pontes, 2016; Jansson & Adolfsson, 2011), “a minha reação foi de não acreditar pensei que um erro de diagnóstico não era provável estar a acontecer a . . . tenho dificuldade em definir choque, raiva, tristeza, angústia, revolta, perda, solidão, desinteresse, medo(entre_01; julho de 2016).

Para algumas mulheres a ambição de ter um filho é tão grande, que mesmo na presença de sinais evidentes de ameaça da evolução da gravidez não acreditam que isso lhes vá acontecer. Mesmo perante sinais reais, entram em negação, como forma de defesa (Alves, 2018),

a confirmação da notícia foi-me dada pelo médico quando cheguei à urgência obstétrica por motivo de hemorragia abundante do segundo trimestre foi muito mau porque a confirmação do que eu não queria ouvir confirmou-se quando o médico me observou e disse que não havia nada a fazer que o bebé não estava vivo. (entre_04; julho de 2016)

Outras mulheres chegam mesmo a não acreditar, pon-do em dúvida o diagnóstico apresentado, necessitando de outra opinião, querendo ouvir algo diferente que as satisfaça (Jansson & Adolfsson, 2011), “seguidamente o que estou a ouvir não é verdade enganaram-se não tenho perdas não tenho dores não pode ser verdade vou procurar segunda opinião” (entre_06; julho de 2016).

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

referiu apenas que o bebé deixou de crescer e tinha morrido precisávamos de induzir e que geralmente para estas situações não existem causas aparentes se calhar era a natureza que se encarregava de resolver estas situações que alguma coisa não estava bem. (entre_10; julho de 2016).

Classe 4 - O significado atribuído à morte fetal pela mulher

Revela o corte com as expectativas concebidas naquela gravidez, uma vivência repleta de falta de sentido, transformando o sonho em pesadelo quando a gravidez não avança (Pontes, 2016). Ainda, neste âmbito, é referido que a morte fetal significa para a mulher a rejeição da sua capacidade de exercer o seu papel de mulher e mãe, podendo-se inferir dos excertos das participantes que a gravidez interrompida leva a uma maternidade interrompida (Pontes, 2016), “pois senti que para eles era só um problema obstétrico que era necessário tratar nada mais enquanto para mim foi perder uma parte de mim”

(entre_07; julho de 2016). Os desejos e sonhos da mulher em relação a aquele filho são frustrados, impedindo-a de utilizar a sua capacidade maternal causando-lhe uma dor insuportável (Quintans, 2018), “foi a maior das desilusões foi como sentir o fim de tudo de todos os sonhos a perda do meu bebé mais uma vez tudo se desmoronou apoderou-se de mim um sentimento de tristeza e culpa” (entre_03; julho de 2016).

Classe 5 - Necessidade de apoio quando confrontado com a notícia

Perante situações adversas, o ser humano necessita de apoio para poder enfrentar satisfatoriamente as dificuldades com que se depara. Durante a vigilância da gravidez e nas situações de recorrência à urgência por diferentes situações, nem sempre a mulher tem a possibilidade de se fazer acompanhar pelo companheiro ou por um familiar tendo, por vezes, que confrontar-se sozinha com notícias avassaladoras. De acordo com o referido pelas participantes podemos inferir que o facto de não terem o companheiro para partilhar a dor torna-se ainda mais difícil, chegando mesmo a sentirem-se desprotegidas (Alves, 2018),

o médico que me seguia a gravidez na consulta às vinte semanas quando tentou ouvir o coração do bebé com o doppler não conseguiu tentou tranquilizar-me mas em vão a revolta foi tão grande que nada nem ninguém me podia acalmar não conseguia parar de chorar se ao menos o meu marido pudesse ter ido comigo ajudava. (entre_03; julho de 2016)

Assegurou, desta forma, o quão importante é a presença do companheiro no momento do confronto com a notícia, referindo ter sido facilitador. Vindo assim, a consolidar o quanto importante é ter alguém com quem partilhar (Alves, 2018), “fiquei sozinha um bocado com o meu companheiro choramos os dois sem dizer nada assim podemos apoiar-nos só gostávamos que nos dissessem o porquê de terminar assim a nossa felicidade” (entre_10; julho de 2016).

Classe 6 - Superação da morte fetal

Na vivência da morte fetal, não é só a morte do filho que têm de superar, é também a perda da esperança e da alegria que representava estar grávida (Quintans, 2018). É, pois, necessário vivenciar e partilhar ansiedades, tristezas e fantasias e emoções de forma a criar mecanismos saudáveis para a elaboração interior da perda, de forma, a facilitar um reajustamento do equilíbrio psicológico (Pontes, 2016),

após o aborto passa a ser um assunto tabu não se toca no assunto é o pior que se pode fazer porque aquela gravidez existiu e ficam muitas idealizações em relação ao que poderia ter sido muito ficou por resolver. (entre_05; julho de 2016)

Para além das idealizações que ficam por realizar, não menos importante é a falta de aceitação da perda por parte dos outros, impossibilitando as mulheres de partilhar sentimentos, angústias e fantasias com os familiares /amigos /sociedade (Rios et al., 2016), “todos sabem que

estávamos grávidas, mas depois têm imensa dificuldade em aceitar o luto pela perda do filho, para os outros estes bebés não existiram não os sentiram até já se esqueceram” (entre_05; julho de 2016).

A importância do suporte familiar e social face ao stress psicológico que acompanha estas perdas, é um fator de extrema importância para a resolução da perda. Também no contexto hospitalar, para além da importância de atitudes de suporte, disponibilidade e empatia, é igualmente importante o encaminhamento para sistemas de apoio emocional após a perda (Alves, 2018; Rios et al., 2016). As participantes referiram que esta conduta não foi contemplada nos cuidados “talvez falem preocupação por parte da equipa de saúde quanto ao encaminhamento para vivenciar o processo de luto” (entre_04; julho de 2016).

Classe 7 - Sentimentos vivenciados em situação de morte fetal

Estes sentimentos levam a que muitas mulheres expressem sentimentos de revolta e desamparo. A perda de um filho provoca uma experiência devastadora para a mulher/família que a vivência (Rios et al., 2016; Rocha, 2016). Constatamos que as participantes experienciam sentimentos negativos, de forma confusa, como uma mistura de sentimentos difícil de descrever, é como se a vida lhes tenha pregado uma partida, lhes tivesse roubado tantos sonhos e esperanças, as tenha traído, interrogam-se porquê a elas? Sabe-se, no entanto, que as reações dependem inevitavelmente, da cultura e dos valores, das experiências e das características de cada indivíduo (Alves, 2018; Quintans, 2018; Rios et al., 2016), “o meu primeiro sentimento foi de desespero revolta e ao mesmo tempo de culpabilização questionar-me o que fiz de mal para me estar acontecer isto porque é que eu não mereço ser mãe” (entre_06; julho de 2016). Para além de todos estes sentimentos referidos pelas mulheres, é ainda mencionado que mesmo com o passar do tempo, as memórias, essas, permanecem vivas no quotidiano das mães, as mulheres conseguem reconstituir o acontecimento com exatidão mesmo que tenham passado alguns meses e até anos (Pontes, 2016), “um misto de sentimentos impotência revolta tristeza culpa e medo apesar de mais de uma década ter passado as memórias essas permanecem lembro-me como se fosse hoje” (entre_04; julho de 2016).

Verificámos que as mulheres ao não sentirem os filhos pensam inevitavelmente em perda, experienciando sentimentos de revolta e tristeza, necessitando de apoio individualizado por parte da equipa de saúde.

Este estudo tem como limitações, o método de seleção da amostra e o desenho transversal, o que impossibilita fazer extrapolações para a população geral. Recomendamos em futuras investigações, estudos com amostragem probabilística e com seleção de amostra aleatória.

O mérito da atual investigação reside no fato de ter estudado uma temática difícil de ser abordada pelas mulheres e em que as pesquisas são escassas. Abre-se então um caminho para a realização de investigação mais abrangente.

Conclusão

A problemática da perda gestacional foi o foco deste artigo. Nem sempre a gravidez culmina num *final feliz*, impossibilitando a mulher de vivenciar o sonho tão desejado da maternidade. Confrontar-se com a perda inesperada de um filho é uma experiência avassaladora. Muitas destas perdas surgem num contexto de uma gravidez sem intercorrências, e sem qualquer sinal de alerta. Apesar do reconhecimento desta problemática, quer a sociedade em geral quer os profissionais de saúde, não estão verdadeiramente conscientes das implicações e do significado que estas perdas produzem na mulher.

Dos resultados do estudo, emerge a forma como as mulheres encaram a morte fetal, em que a apontam como uma experiência dolorosa. É evidenciado o momento como lhes é transmitida a notícia da morte fetal, de forma fria e pouco humana por alguns profissionais de saúde, por outro lado as mulheres demonstram satisfação nos cuidados prestados pelos enfermeiros EESMO ao salientarem a componente relacional. No entanto, estas mulheres ressaltaram que o momento da alta é desvalorizado, nomeadamente, a falta de informação e de preparação para a alta.

Neste sentido, é de realçar a importância da atuação dos EESMO perante este fenómeno tão crítico na perspectiva de quem o viveu, tendo presente o que cada mulher vivenciou, disponibilizando mais atenção, assim como na forma de saber estar, no momento em que lhes é comunicada a notícia, tendo presente a multiplicidade de reações de forma a adequar as intervenções face às necessidades de cada mulher. Foi também possível compreender melhor a problemática da morte fetal, o que esta envolve, como ajudar estes pais a ultrapassarem o luto e a acreditarem que é possível conceber e dar à luz uma criança saudável. Sugere-se o desenvolvimento de atividades formativas, direcionadas para os enfermeiros que contactam com situações de mulheres que vivenciam morte fetal, no sentido de realizarem uma prática baseada em evidências científicas no que concerne, nomeadamente, à comunicação e relação interpessoal. Seria importante o desenvolvimento de novas pesquisas, de forma a poder haver uma generalização dos resultados.

Manuscrito extraído do Relatório elaborado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica realizado na Universidade de Évora, Portugal.

Contribuição de autores

Conceptualização: Miranda, A. M., Zangão, M. O.

Metodologia: Miranda, A. M., Zangão, M. O.

Tratamento de dados: Miranda, A. M., Zangão, M. O.

Escrita - rascunho original: Miranda, A. M., Zangão, M. O.

Escrita - análise e edição: Miranda, A. M., Zangão, M. O.

Referências bibliográficas

- Alves, S. I. (2018). *Perda perinatal: Perspetiva da díade parental* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://web.esenfc.pt/?url=XnW222o0>
- Binnie, C. (2020). Breaking the silence. *British Journal of Midwifery*, 28(3), 144-145. doi: 10.12968/bjom.2020.28.3.144
- 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*, 4(5), 109-117. doi: 10.12707/RIV14064
- Catlin, A. (2017). Creation of interdisciplinary guidelines for care of women presenting to the emergency department with pregnancy loss. *Journal of Perinatology*, 37, 757-761. doi: 10.1038/jp.2017.61
- Ferreira, F. M. (2019). *Diferentes modelos de maternidade e suas implicações: Motivações, expectativas e realidades de mães portuguesas* (Tese de doutoramento). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10216/120929>
- International Council of Nurses. (2019). *ICNP Browser*. Recuperado de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- Jansson, C., & Adolfsson, A. (2011). Application of Swanson's Middle Range Caring Theory in Sweden after miscarriage. *International Journal of Clinical Medicine*, 2(2), 102-109. doi: 10.4236/ijcm.2011.22021
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. *Diário da República nº 181/2015 - 1.ª Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistic* (7ª ed.). Lisboa, Portugal: Gráfica Manuel Barbosa & Filho.
- Pontes, V. V. (2016). *Trajetórias interrompidas: Perdas gestacionais, luto e reparação*. doi: 10.7476/9788523220099
- Pordata. (2020). *Taxa de mortalidade perinatal e neonatal*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+de+mortalidade+perinatal+e+neonatal-529>
- Quintans, É. T. (2018). *Eu também perdi meu filho: Luto paterno na perda gestacional/neonatal* (Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, Brasil). Recuperado de <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/34141/34141.PDF>
- Rios, T. S., Silveira dos 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. doi: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v8n1p98-107
- Rocha, L. (2016). *Cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal: Um desafio para equipe de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil). Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n3/v12n3a15.pdf>
- Sequeira, C. (2016). *Comunicação clínica e relação de ajuda*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Serrano, F., Centeno, M., & Ramalho, C. (2018). Estudo das situações de morte fetal após as 24 semanas. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 12(3), 240-244. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aogp/v12n3/v12n3a15.pdf>
- World Health Organization. (2016). *The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752-eng.pdf>
- Xavier, S., Nunes, L., & Basto, M. L. (2014). Competência emocional do enfermeiro: A significação do constructo. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 3-19. Recuperado de http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo1_3_19.pdf