

Universidade Católica Portuguesa

**ULTRAPASSAR A PERDA INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ:
UM MODELO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por

Maria Cândida Morato Pires Koch

Instituto de Ciências da Saúde
junho, 2014



Universidade Católica Portuguesa

**ULTRAPASSAR A PERDA INVOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ:
UM MODELO DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Por Maria Cândida Morato Pires Koch

Sob a orientação da Professora Doutora Célia Santos
e co-orientação da Professora Doutora Margarida Reis Santos

Instituto de Ciências da Saúde
junho, 2014

O QUE ME DÓI NÃO É

O que me dói não é
O que há no coração
Mas essas coisas lindas
Que nunca existirão...

São as formas sem forma
Que passam sem que a dor
As possa conhecer
Ou as sonhar o amor

São como se a tristeza
Fosse árvore e, uma a uma,
Caissem suas folhas
Entre o vestígio e a bruma.

Fernando Pessoa

Às mulheres que sofreram a desilusão de perder a gravidez.

AGRADECIMENTOS

Longo foi o percurso que agora termina. Nem sempre preenchido por alegrias, diversas vezes por contrariedades e desânimo, mas continuamente acompanhado por aqueles que ajudaram a que fosse possível a sua conclusão.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo, expresso o meu agradecimento.

Gostaria, no entanto, de manifestar o meu profundo reconhecimento em particular:

às minhas orientadoras, Professora Doutora Célia Santos e Professora Doutora Margarida Reis Santos, pelo constante incentivo, pelo empenho e competência científica que pautou a orientação prestada.

Às minhas filhas Sara e Sofia porque, apesar dos milhares de quilómetros que nos distanciam, estiveram sempre presentes, atentas e disponíveis, revelando-se uma preciosa ajuda na pesquisa bibliográfica, na clarificação das dúvidas linguísticas e nas traduções.

À colega e amiga Paula Prata, pelo primordial auxílio na análise estatística e pela sua incondicional disponibilidade para ajudar.

À colega e amiga Margarida, por tudo e, particularmente, pelas nossas profícuas conversas e discussões.

À doutora Cristina Gradim pela revisão final do texto.

Um particular agradecimento às mulheres que tornaram possível este estudo, pela cooperação e pela coragem para revisitarem a sua história.

RESUMO

A interrupção involuntária da gravidez, como evento stressante, pode ser emocionalmente devastador para a mulher/casal. As reações parecem ser únicas, individuais e independentes da idade gestacional, podendo envolver uma ampla gama de transtornos físicos e emocionais.

Estas mulheres devem ser alvo de uma atenção cuidada por parte dos enfermeiros. Melhorar os cuidados a prestar, implica programar as intervenções mais adequadas a cada caso e fazer uma avaliação e monitorização do processo de luto e da perceção de bem-estar.

Com este estudo, pretendemos contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as intervenções de enfermagem facilitadoras da recuperação após a perda da gravidez, e cooperar na obtenção de ganhos em saúde das mulheres que enfrentam esta situação.

Definimos como objetivos: avaliar o luto e a perceção de bem-estar psicológico das mulheres após o primeiro mês pós-perda; identificar as estratégias de *coping* utilizadas e as necessidades em cuidados, e desenvolver um modelo de intervenção que oriente e otimize as práticas de cuidar as mulheres em situação de perda da gravidez.

Desenvolvemos dois estudos de natureza quantitativa para avaliarmos o luto e a perceção de bem-estar que as mulheres manifestavam quatro a oito semanas pós-perda, precedidos de dois estudos metodológicos, tendo em vista a tradução, adaptação cultural e validação da *Perinatal Bereavement Grief Scale* para a língua e população portuguesas, e a validação da versão portuguesa do *Well-being Questionnaire*¹². A amostra foi de 100 e 74 participantes, respetivamente.

Efetuámos um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, recorrendo a 74 entrevistas telefónicas e 18 presenciais, para compreender a vivência da perda nas suas várias dimensões e identificar as necessidades em cuidados de enfermagem. Através de análise de conteúdo, tratámos o material resultante das entrevistas, emergindo três temas: viver a perda, ser cuidada e ultrapassar a perda. A cada um deles associaram-se as respetivas categorias, num total de quinze, e trinta e cinco subcategorias. Apesar da evidente satisfação com os cuidados recebidos, salienta-se a necessidade de melhoria ao nível da informação disponibilizada sobre o processo e atitudes terapêuticas, suporte emocional e preparação para a alta. A rede familiar foi considerada pelas mulheres um suporte essencial. A estratégia de *coping* mais utilizada foi a distração.

Considera-se normal e saudável uma reação de luto que a mulher consiga gerir, resolver e ultrapassar por si própria. Apesar de o processo de luto não estar ainda resolvido para todas as mulheres, estava em fase de resolução para a maioria. A perda da gravidez com todas as suas implicações, enquanto evento stressor, poderá interferir negativamente na percepção que cada mulher faz do seu bem-estar. À medida que a expressão desse desgosto vai diminuindo, e se vai resolvendo esse luto, é recuperado o nível de bem-estar.

Os resultados dos estudos efetuados e a pesquisa bibliográfica permitiram delinear um modelo de intervenção de enfermagem com o objetivo de obter ganhos em saúde nas mulheres/casais que enfrentam esta situação.

Palavras chaves: Gravidez, aborto, luto, bem-estar

ABSTRACT

Considered a stressful occurrence, involuntary pregnancy loss can also be emotionally devastating for both a woman and couple alike. The reactions appear to be unique, personal and independent of the gestational period, and may involve a wide range of physical and emotional disorders. Women who experience such loss should be subject to careful attention by nurses. The process of improving the care that is provided to women in these situations takes customizing the most adequate interventions case by case and assessing and monitoring the grieving process and the perception of wellbeing.

With this study, our goal is to contribute to the deepening of knowledge about nursing interventions that can facilitate recovery following pregnancy loss, and to help achieve milestones in care that is provided to women in situations of involuntary pregnancy loss. Among other objectives, we sought to 1) assess women's perception of grief and psychological wellbeing following the first month after pregnancy loss; 2) identify coping strategies being applied and specific care needs; and 3) develop a model of intervention to guide and optimize care practices for women who experience involuntary pregnancy loss.

We developed two methodological studies that included 1) the translation, validation, and cultural adaptation of the Perinatal Bereavement Grief Scale to the Portuguese language and population; and 2) the validation of the Portuguese version of the Well-being Questionnaire¹². Followed by two quantitative studies to assess grief and the perception of well-being as identified in women four to eight weeks after pregnancy loss. Our sample consisted of 100 and 74 women participants respectively. We conducted a qualitative exploratory and descriptive via 74 telephone interviews and 18 in-person interviews to understand the experience of loss in its various dimensions and to identify needs in healthcare. Through content analysis, we processed the information obtained from our interviews, highlighting three main themes: experiencing loss, being cared for, and overcoming loss. Under each of those themes, we developed 15 categories and 35 subcategories. Despite the satisfaction with care being provided, a need was identified to improve the amount of information available about therapeutic processes and attitudes, emotional support and preparation for discharge. A close-knit family was viewed by women as a valuable support. The most frequently used coping strategy was searching for ways to be distracted. A reaction to grief that a woman is able to manage, resolve and overcome on her own is considered normal and healthy.

Although the grieving process was not yet resolved for every woman, it was in the process of for most. With all its implications, involuntary pregnancy loss, as a stressful event, may interfere negatively with a woman's perception of her own wellbeing. As the manifestation of grief diminishes, so does the mourning, and the level of wellbeing improves.

The results of the studies that were conducted and the analysis of relevant literature allowed us to outline a model of nursing intervention that seeks to obtain gains in healthcare for women and couples alike.

Keywords: Pregnancy, miscarriage, grief, well-being

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS, QUADROS E TABELAS

	Página
Figura 1 - Antecedentes, atributos, referentes, variáveis e consequências do luto	29
Figura 2 - Transições: modelo relevante para a prática da enfermagem	51
Figura 3 - Desenho da investigação	81
Figura 4 - Distribuição da amostra nos diferentes estudos	102
Figura 5 - Princípios de boas práticas	267
Figura 6 - Componentes do cuidar de acordo com a teoria do <i>Caring</i>	268
Figura 7 - Representação do modelo de intervenção de enfermagem	276
Gráfico 1 - Pessoas mais significativas no apoio emocional recebido para as entrevistadas telefonicamente	120
Gráfico 2 - Pessoas mais significativas no apoio emocional recebido para as entrevistadas presencialmente	122
Quadro 1 - Fidelidade da PBGS nas versões em português, inglês e espanhol	88
Quadro 2 - Síntese dos temas, categorias e subcategorias	125
Quadro 3 - Atividades de diagnóstico/vigilância	269
Quadro 4 - Modelo de Intervenção de enfermagem	270
Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a idade e dados obstétricos	84
Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com o estado civil, a gestação e a sua aceitação	85

Tabela 3 - Distribuição das participantes em função da profissão	86
Tabela 4 - Análise dos componentes principais da PBGS, valores próprios e específicos, e variância	87
Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a idade e dados obstétricos	91
Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o estado civil, a gestação e a sua aceitação	92
Tabela 7 - Distribuição das participantes por categoria profissional	93
Tabela 8 - Análise dos Componentes Principais do W-BQ12, valores próprios e específicos, variância e consistência interna de cada fator	94
Tabela 9 - Validade convergente/discriminante dos itens do W-BQ12	95
Tabela 10 - Validade convergente entre o W-BQ12 e a PBGS	96
Tabela 11 - Distribuição da amplitude, média e desvio padrão das subescalas do W-BQ12 e escala global	97
Tabela 12 - Fidelidade do W-BQ12 na amostra em estudo e em estudos da autora	98
Tabela 13 - Distribuição da amplitude, média, score médio e desvio-padrão da PBGS	110
Tabela 14 - Resultados do teste <i>t</i> de <i>Student</i> relativamente às respostas aos itens em função da etapa gravídica no momento da perda	113
Tabela 15 - Idealização do bebé quanto ao género em função do tempo gestacional	114
Tabela 16 - Distribuição da amplitude, média, score médio e desvio padrão do bem-estar geral	116
Tabela 17 - Amplitude, média e desvio padrão das subescalas do W-BQ12	117
Tabela 18 - Relação entre atividade profissional e o bem-estar negativo	119
Tabela 19 - Distribuição das participantes em função da idade, número de filhos, número de gestações, idade gestacional e tempo pós-perda	123

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	15
1 – OLHAR A PERDA DA GRAVIDEZ	23
1.1 – LUTO	26
1.2 – BEM-ESTAR	35
1.3 – <i>COPING</i>	39
1.4 – TRANSIÇÃO	46
1.5 – A SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DA QUALIDADE DOS CUIDADOS	58
1.6 – <i>CARING</i>	66
2 – MATERIAL E MÉTODOS	77
2.1 – MÉTODO	79
2.2 – INSTRUMENTOS	81
2.2.1 - <i>Perinatal Bereavement Grief Scale</i>	82
2.2.2 - <i>Well-Being Questionnaire 12</i>	89
2.2.3 - Guias Orientadores da Entrevistas	100
2.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	101
2.4 – PROCEDIMENTOS	103
3 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	109
3.1 – O LUTO PÓS PERDA DA GRAVIDEZ	109
3.2 – A PERCEÇÃO DO BEM-ESTAR PÓS PERDA DA GRAVIDEZ	115
3.3 – VIVER A PERDA, SER CUIDADA E ULTRAPASSÁ-LA	119
3.3.1 - Viver a perda	126
3.3.2 - Ser Cuidada	159
3.3.3 - Ultrapassar a Perda	195
4 – DO PRESENTE AO FUTURO - NA PROCURA DA EXCELÊNCIA	257
4.1 – MODELO DE INTERVENÇÃO	265
5 – CONCLUSÃO	277
6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	289

ANEXOS	315
Anexo I - Autorização do autor da escala PBGS	317
Anexo II – Artigo publicado: Tradução, adaptação cultural e validação da PBGS para a população portuguesa	321
Anexo III - Protocolo estabelecido para uso do W-BQ12	331
Anexo IV - Artigo publicado: Validação do W-BQ12 para a população portuguesa	337
Anexo V - Guiões orientadores das entrevistas	347
Anexo VI - Autorizações das instituições hospitalares para o estudo	353
Anexo VII - Declaração de consentimento das participantes	359
Anexo VIII - Informação sobre o estudo	363

INTRODUÇÃO

A expectativa habitual sobre os eventos ao longo da vida, para a maioria das mulheres, inclui a educação, a carreira, encontrar um companheiro e criar uma família, ficando grávida e “dando à luz” uma criança perfeita. Infelizmente para uma significativa percentagem da população em idade reprodutiva, tal não acontece e essas expectativas não se concretizarão, pelo menos de uma forma tão linear.

Contrariamente ao que acontecia antigamente em que a gravidez e o parto eram processos que envolviam uma larga margem de insucesso, atualmente, com o avanço na área da medicina materno-fetal e das tecnologias diagnósticas, e consequente diminuição da mortalidade perinatal, muitas vezes, para os futuros pais, a confirmação da concepção representa a certeza de um filho saudável nos braços. Torna-se, pois, difícil pensar na morte quando o momento é direcionado para a vida.

A gravidez é cada vez mais um ato planeado, o que favorece uma ligação precoce, mas, também, uma decisão tardia sob o ponto de vista biológico. O diagnóstico precoce da gravidez através do recurso aos testes de acesso fácil, o uso da tecnologia na visualização da imagiologia fetal e da ultrassonografia (Black, 1992; McCoyd, 2007), as famílias de número mais reduzido e a idade mais tardia da primeira gravidez são fatores que contribuem para o grande, e precoce, investimento emocional e social na gravidez (Frost, Bradley, Levitas, Smith & Garcia, 2007). É, normalmente, aceite com felicidade desde o início, sobretudo se é desejada e planeada, embora ao mesmo tempo se misturem sentimentos de ambivalência. Com o reconhecimento da gravidez desenvolve-se uma relação simbiótica, no sentido figurativo do termo, entre a grávida e o feto. A mulher sente-se a protetora da gravidez e do futuro filho. A ideia romântica da maternidade como uma experiência pessoal positiva pode surgir, associada à gravidez.

Grande parte das mulheres adquire uma representação mental do feto nas primeiras 10 semanas de gestação, evidenciando-se em sonhos, pensamentos, diálogos internos e nos preparativos para o nascimento (Beutel, Deckart, Rad & Weiner, 1995). Desta forma, nas primeiras 12 semanas de gestação, já muitas mulheres encontraram um nome para designar o feto, ou sonharam sobre o seu futuro (Madden, 1994, *cit in* Adolfsson, 2006). Perante uma interrupção involuntária da gravidez, se perguntarmos à mulher o que é que ela sente que perdeu, a

resposta pode variar entre uma gravidez, um feto, um bebê, ou mesmo um bebê chamado x ou y (Côté Arsenault & Dombeck, 2001).

Quando a gravidez é interrompida, involuntariamente, de forma abrupta, pode ser emocionalmente devastador para a mulher/casal. As reações parecem ser únicas, individuais e independentes da idade gestacional (Peppers & Knapp, 1982). Mesmo numa gravidez precoce, os estudos indicam que para a maioria das mulheres a perda não é só de um embrião ou de um feto, mas sim de um filho, para o qual elas se preparavam. É a sua identidade e o seu direito a ser mãe que perderam. Cada mulher alberga um conjunto de sonhos quando reconhece a gravidez, sonhos que crescem com o seu desenrolar e, se surge uma perda, os sentimentos transformam-se em desapontamento, culpa, tristeza e ira (Franche, 2001, Moulder, 1999, Nickcevic et al., 1999, Swanson, 2000, *cit in* Adolfsson, Larsson, Wijma & Berterö, 2004; Brier, 1999, 2008; Friedman, 1989; Frost & Condon, 1996; Neugebauer et al., 1992). Como consequência imediata, podem surgir sensações intensas de perda e frustração, possivelmente pelo forte contraste dos eventos: num dia a mulher vive o sonho e a expectativa, no dia seguinte desapareceu o “bebê” idealizado e, talvez, sentido (Day & Hooks, 1987).

O sangramento, súbito, assinala a ameaça e/ou a perda de um futuro (Adolfsson et al., 2004). Quando um abortamento acontece não é sangue, um embrião ou um feto que as mulheres perdem, é o seu filho. Elas sentem que o abortamento pode ter ocorrido por culpa sua, podendo mesmo ser encarado como uma falha pessoal, já que as mulheres têm tendência para procurar em si as causas para o acontecido.

A realidade é que uma perda de gravidez, para além de envolver uma sobrecarga psicológica, pode ser um fator importante no desenvolvimento de uma ampla gama de transtornos físicos e emocionais. Esta situação, como evento negativo, tem merecido nos últimos anos uma maior atenção devido ao seu potencial, e negativo, impacto no bem-estar. Surge, por vezes, uma obsessão por uma nova gravidez, ou a rejeição de tal possibilidade pelo medo de que aconteça o mesmo ou, ainda, situações mais extremas de stresse pós-traumático. Estudos recentes mostram que as gravidezes mal sucedidas podem ter impacto negativo nas mulheres e nas suas subseqüentes gravidezes (Côté-Arsenault & Marshall, 2000; Van & Meleis, 2003).

Uma nova gravidez tem sempre um risco aumentado, pelos níveis de stresse e ansiedade associados (Theut & Pedersen, 1988, Davis & Stewart, 1989, *cit in* Kavanaugh & Wheeler, 2007), o que, por sua vez, contribui para os problemas

da gravidez e partos prematuros (Behrman & Butler, 2007, Latendresse, 2009, *cit in* Wright, 2011). Torna-se num período muitas vezes vivido com sentimentos de pessimismo, procurando evitar-se o apego ao novo “bebé”. Esta atitude de defesa que procura evitar o sofrimento não é saudável para a vivência da gravidez e traduz, por vezes, o luto mal resolvido da perda anterior.

Lidar com as perdas gestacionais é sempre um processo complicado para todos os intervenientes – mães, pais, profissionais de saúde – no qual se jogam decepções e angústias, num momento que se desejava de encontro com uma nova vida. A impossibilidade de se conhecer um bebé que já era amado pode ser um evento extremamente complicado para a mãe, pai e família.

O impacto desta perda afeta física e psicologicamente a mulher, o companheiro e a família, mas devemos ter presente que homens e mulheres exprimem o seu sofrimento e luto de forma diferente. A ligação ao feto é muito mais forte na mulher e, neste caso, ele é uma parte de si própria que se perde; nesta fase, o vínculo paterno é mais abstrato devido à falta da intensa relação física experienciada pela mãe (Sandelowski & Black, 1994, *cit in* Armstrong, 2001). Assim, as reações emotivas da mulher nem sempre são compreendidas pelo companheiro, podendo surgir barreiras a uma efetiva comunicação e um aumento dos sentimentos de vulnerabilidade (McGreal, Evans & Burrows, 1997; Brier, 1999). A família e os amigos tendem a desvalorizar, muitas vezes, a situação, sobretudo se ela ocorre pela primeira vez e numa fase precoce em que não há reconhecimento do feto como pessoa. Elas ouvem, por vezes, comentários que não as confortam na sua perda, como: “*és muito nova, podes sempre engravidar outra vez*”, ou “*foi melhor assim, no início*”, ou ainda, “*a natureza é que manda*”, “*foi melhor do que nascer com problemas*”. Não havendo reconhecimento público nem rituais fúnebres, raramente existe a manifestação de sentimentos sobre a perda (Brier, 2008). Confrontada com uma sociedade que minimiza estas perdas precoces, o isolamento e o silêncio são experiências que a mulher encontra, frequentemente, depois da perda da gravidez.

Enquanto clientes dos serviços de saúde têm, geralmente, um curto internamento, permanecendo em unidades de cuidados que em muitas instituições fazem parte do espaço dedicado à maternidade, com profissionais muito direcionados para o nascimento de novas vidas e que, por isso, têm eles próprios dificuldade em lidar com estas perdas, originando-se uma espécie de “conspiração do silêncio” (Herkes, 2002; Lewis, 1979, *cit in* Cabral, 2005), como se, pelo facto de essa perda não ser muito falada, o seu impacto emocional se dissipe mais

rapidamente, o que acaba, por vezes, por dificultar o trabalho de luto, dado que não se criam oportunidades para a expressão de sentimentos e necessidades.

São vários os estudos (DiMarco, Menke & McNamara, 2001; Kavanaugh & Moro, 2006; Krause & Graves, 1999; Murphy, 1998; St John, Cooke & Goopy, 2006; Van & Meleis, 2003) que recomendam como área de atuação de enfermagem, desenvolver ou aprofundar:

- o reconhecimento do luto como um processo individual;
- as histórias das mulheres - analisar as suas experiências e identificar as suas necessidades;
- as intervenções de suporte e assistência;
- as formas de ajudar a encontrar as estratégias de *coping* facilitadoras neste processo de transição.

Como tal, qualquer mulher em situação de perda de gravidez deve ser alvo de uma atenção cuidada por parte dos enfermeiros, nomeadamente dos especialistas em saúde materna e obstétrica, não devendo ser vistas como mais um caso clínico ou mais uma situação de rotina obstétrica. Para aquela mulher/casal, a experiência pode ser a primeira e é, de certeza, única em todos os aspetos envolventes. As intervenções a implementar devem ultrapassar os aspetos técnicos de resolução da situação aguda e a sua abrangência pode inferir-se das palavras de Coimbra de Matos (2001, *cit in* Cabral, 2005):

devemos ajudar a vestirem-se de luto por estas perdas, a expressar a sua dor, a deprimirem-se, a desequilibrarem-se para que se possam reequilibrar de forma estruturada, com o conflito resolvido e não a pseudo equilibrar-se, organizando a sua vida numa fuga à depressão, que mantém no inconsciente o luto por viver. (p.89)

Este trabalho decorre de um processo reflexivo e pessoal de longa data. O contacto frequente com mulheres nesta situação levou-nos a refletir sobre esta problemática e debruçarmo-nos sobre as necessidades por elas evidenciadas.

No nosso país, os avanços na área da enfermagem de saúde materna têm sido dirigidos para os cuidados na gravidez e parto. Evidentemente que a visão de uma gravidez isenta de problemas e o nascimento de uma criança saudável são objetivos inoxidáveis, mas em nosso entender, a saúde materna abrange outros campos que não podemos esquecer e que é urgente melhorar. Tanto mais, se tivermos em atenção os atuais impulsionadores de melhoria de cuidados: a

satisfação e os ganhos em saúde. Verifica-se uma falta de uniformidade nos cuidados prestados a estas mulheres, dependendo sobretudo das características pessoais dos enfermeiros. Por isso, no mesmo serviço, o grau de satisfação das clientes é variável, de acordo com o enfermeiro que a cuidou.

Uma boa relação enfermeiro-cliente é crucial na prática de cuidar. Podemos dizer que no âmbito dessa relação, e para que ela se construa, a comunicação e, muito particularmente a escuta – algo aparentemente muito simples –, na prática reveste-se de grande dificuldade. Esta parece-nos ser uma dimensão de um cuidar humanista que ainda não foi alcançada como intervenção usual nos cuidados de enfermagem disponibilizados, nomeadamente às mulheres em situação de perda da gravidez (Cecil, 1994; Lee & Slade, 1996; Corbet-Owen & Kruger, 2001).

A falta de preparação, os constrangimentos de tempo e a experiência de vida podem incluir-se na lista das possíveis explicações para a discrepância que, muitas vezes, encontramos entre o discurso dos enfermeiros e a sua prática. Acresce, ainda, que apesar de os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstétrica serem vistos como os mais preparados para prestarem os cuidados a essas mulheres, os serviços nem sempre dispõem de uma dotação de pessoal especializado suficiente, com experiência ou com formação específica nesta área.

Outro aspeto importante a considerar é que, dadas as atuais contingências na gestão dos recursos humanos, nem sempre são os enfermeiros com mais formação e competências para gerir estes eventos, aqueles que encontramos a cuidarem estas mulheres. Por vezes, são os mais jovens, com pouca experiência profissional e, sobretudo de vida. Embora se possa dizer que estão aptos a prestar cuidados em qualquer situação, compreendemos que a maturidade e o conhecimento humano se vai desenvolvendo ao longo do tempo, com a experiência, reflexão e aprofundamento do conhecimento, e não está presente da mesma forma, em todos, no início da vida profissional.

A este propósito, Kavanaugh e Moro (2006) sugerem que os enfermeiros devem, eles próprios, familiarizarem-se com o luto. A interação com clientes em situação de perda e luto exige aos enfermeiros grande controlo emocional. Na opinião de Rowlands e Lee (2010), os enfermeiros envolvidos nos cuidados a mulheres em situação de abortamento beneficiariam se possuíssem treino específico.

Wallbank e Robertson (2013) sugerem que a supervisão clínica em enfermagem seria benéfica, dada a forma como o supervisor pode encorajar e apoiar a identificação e o processamento do stresse que resulta dessa prática.

Roehrs, Masterson, Alles, Witt e Rutt (2008) salientam que os jovens enfermeiros deviam ser orientados por outros mais velhos e experientes, que os ajudassem a desenvolver a prática de comunicação, e cuidados, em situações como estas. McCreight (2005) defende, igualmente, que formação e tutoria são essenciais para melhorar os cuidados que os enfermeiros prestam a estas mulheres, sobretudo ao nível emocional. Este autor, num estudo que efetuou, verificou que eram as enfermeiras mais velhas e mais experientes as que providenciavam os cuidados mais apropriados às mulheres na situação de abortamento.

Na nossa opinião, os enfermeiros especialistas serão os que possuem conhecimentos mais abrangentes que lhes permitem prestar cuidados com mais eficácia a estas mulheres/famílias.

Este trabalho tem como finalidade desocultar as necessidades sentidas pelas mulheres em situação de perda involuntária da gravidez, sensíveis aos cuidados de enfermagem, visando contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as intervenções de enfermagem facilitadoras da recuperação após a perda, e para a obtenção de ganhos em saúde das mulheres/casais que enfrentam esta situação. Definimos como objetivos: avaliar o processo de luto nas mulheres, após o primeiro mês pós-perda involuntária da gravidez; avaliar a perceção de bem-estar psicológico que as mulheres referem após o primeiro mês pós-perda involuntária da gravidez; identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres pós-perda da gravidez; analisar as necessidades em cuidados nas mulheres que sofreram uma perda involuntária da gravidez; e desenvolver um modelo de intervenção que oriente as práticas de cuidar as mulheres/casal/família em situação de perda involuntária da gravidez e potencie uma transição saudável.

O trabalho engloba dois estudos metodológicos, dois estudos quantitativos e um estudo qualitativo. Encontra-se estruturado em sete capítulos que se seguem a esta introdução. No oitavo, e último, capítulo apresentam-se as referências bibliográficas.

No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico subjacente à problemática da perda involuntária da gravidez, considerando-se algumas das várias perspetivas pelas quais pode também ser analisada e que, de forma mais ou menos pronunciada, se podem correlacionar.

No segundo expõe-se o desenho do estudo. Relata-se todo o procedimento científico que norteou a investigação. Apresenta-se a finalidade e os objetivos, assim como as decisões de cariz metodológico que tiveram em vista o problema do

estudo, de forma a viabilizarem a compreensão do fenómeno. Apresentam-se os estudos metodológicos efetuados para a tradução, adaptação cultural e validação dos instrumentos a utilizar.

No terceiro capítulo apresentam-se os resultados dos vários estudos e a sua discussão.

No quarto capítulo, com base numa breve análise da panorâmica atual sobre o fenómeno em estudo, e tendo presente os resultados do trabalho, desenhasse um modelo de intervenção de enfermagem que permita cuidar de mulheres em situação de perda de gravidez, aumentando o seu grau de satisfação através de cuidados de excelência e potenciando os ganhos em saúde.

No quinto capítulo são expostas as conclusões mais significativas do trabalho, bem como as emergentes perspetivas que se podem colocar para investigação.

No último capítulo apresentam-se as referências bibliográficas.

1 – OLHAR A PERDA DA GRAVIDEZ

A gravidez representa um período de construção e desenvolvimento que se inicia com a fecundação e termina com o nascimento de um bebê, obrigando a mulher a um esforço de adaptação e reajustamento aos níveis biológico, psicológico e social. Na transição para a maternidade, aproximadamente durante 40 semanas, a mulher prepara-se para um novo papel na sua vida, com relevo no caso da primípara.

Apesar do avanço da medicina materno-fetal, cerca de 20% das gravidezes terminam, involuntariamente, antes das 20-22 semanas de gestação, englobando as situações de abortamento espontâneo – completo, incompleto ou retido –, ovo desvitalizado, ovo estiolado ou gravidez anembrionária e gravidez ectópica (Garmel, 2005). Pode falar-se em ameaça de abortamento ao verificar-se a existência de um sangramento de origem intrauterina antes de se completar este período gestacional, acompanhado, ou não, de contrações uterinas sem dilatação do cérvix e sem expulsão dos produtos de concepção. No caso de se verificar dilatação do cérvix, falar-se-á de abortamento inevitável.

Na gravidez ectópica, o ovo fecundado implanta-se fora da cavidade uterina, maioritariamente nas trompas de Falópio. Estes casos, para além da perda da gravidez, podem associar outras condições de morbilidade para a mulher.

O abortamento espontâneo inclui a expulsão total (completo) ou parcial (incompleto) dos produtos da concepção, com ou sem um feto que, existindo, pese menos de 500 gramas, o que é compatível com a idade gestacional entre as 20 e as 22 semanas. Em gestações com menos de 10 semanas, o feto e a placenta, geralmente, são eliminados juntos. Depois desse período, podem ser expulsos separadamente, com retenção de parte desses produtos na cavidade uterina (Garmel, 2005).

No caso de abortamento retido, a gestação cessou, mas a gravidez foi mantida, mesmo depois da morte do feto. Este mecanismo de manutenção da gravidez é pouco claro. Presume-se que exista ainda alguma produção de progesterona pela placenta, enquanto os níveis de estrogéneos diminuem, contribuindo assim para uma redução da contractilidade uterina.

A gravidez anembrionária, ou estiolamento do ovo, consiste na interrupção do desenvolvimento do embrião e apenas se apresenta o saco gestacional, com ou sem saco vitelino.

As situações de abortamento retido e de gravidez anembrionária, pela ausência de sintomas, podem manter-se vários dias ou até semanas. Graças à utilização da ultrassonografia na vigilância precoce da gravidez, são frequentemente detetadas nas consultas de rotina. Momentos de grande expectativa para a mulher, muitas vezes sozinha, ou para o casal, em que era esperada a observação/visualização do “bebê” e a audição dos seus batimentos cardíacos, transformam-se, repentinamente, em momentos de decepção e tristeza no confronto com a perda. A partir do momento do diagnóstico, embora se possa observar por vezes uma atitude expectante, durante alguns dias, a tendência é para se fazer a indução do abortamento, em ambulatório ou em internamento, conforme a idade gestacional e as condições da cliente.

Grande parte destas perdas ocorre no primeiro trimestre. As causas podem ser várias, embora na maioria dos casos a etiologia seja desconhecida. No entanto, um grande número das perdas ocorridas no primeiro trimestre deve-se a anomalias cromossômicas e, ainda, aos défices na implantação do ovo. Podem, também, relacionar-se com problemas hormonais, imunológicos ou infecciosos da mulher, ou decorrentes do estilo de vida, como o uso de tabaco, drogas, má nutrição, excesso de cafeína e exposição a radiações ou substâncias tóxicas. De referir, ainda, a idade materna, e a ocorrência de doenças sistémicas e eventuais traumatismos maternos (Adolfsson, 2006).

De acordo com van den Akker (2011), estima-se que a incidência da perda da gravidez seja de 4% nas mulheres cuja idade se situa entre os 18-23 anos, aumentando gradualmente e atingindo 15% no grupo etário entre os 28-33 anos, subindo para 35% nas mulheres entre os 35-45 anos e ultrapassando 50% em mulheres com idade superior. Esta ideia é corroborada em outros estudos (Maconochie, Doyle & Simmons, 2006), e de acordo com Adolfsson (2011a), um estudo dinamarquês identificou que para as mulheres que experienciavam a primeira gravidez entre os 20 e os 24 anos o risco de abortamento era de 8,9%, enquanto para as mulheres com 42 anos se estimava um risco de abortamento em aproximadamente metade das gravidezes, continuando a aumentar de acordo com o avanço da idade.

A transição para a maternidade/parentalidade, embora seja considerada um evento normativo, dado que pode esperar-se a sua ocorrência em determinado

momento do ciclo de vida ou familiar, e comum à maioria das famílias, não deixa de implicar uma sobrecarga sensorial e emocional (Canavarro & Pedrosa, 2005). De entre os vários acontecimentos importantes do ciclo de vida com implícitas mudanças nos padrões de funcionamento habituais, os processos de gravidez e transição para a maternidade/parentalidade salientam-se como geradores de stresse.

Se entendermos a transição para a parentalidade como a construção de uma relação imbuída de grandes esforços e expectativas, perceberemos melhor quão frustrante pode ser se esse processo for interrompido de forma abrupta e inesperada, como acontece quando uma gravidez é involuntariamente interrompida. Como em qualquer luto, raramente fica claro com exatidão o que foi perdido (Parkes, 1998), visto que não é só a perda da gravidez, mas também uma série de outras perdas inerentes e com enorme significado: perda de uma pessoa amada, real ou imaginária, perda de auto-estima, perda de estatuto (maternidade, mulher), perda existencial (projeto de vida, futuro). Por outro lado, a perda da gravidez, sobretudo se precoce, pode ser desvalorizada ao ser considerada uma forma necessária para evitar o nascimento de um bebé imperfeito. Assim, as mulheres que sofrem este tipo de perda, para além do menor apoio social e emocional, podem ainda estar sujeitas a atitudes mais insensíveis e negativas. O luto de uma gravidez pode ser um processo penoso com interferência na percepção de bem-estar.

Perante situações de stresse, as reações surgem de modos diversos e, enquanto algumas pessoas parecem encontrar com alguma facilidade as estratégias de *coping* mais adequadas para lidarem com a situação, outras há que parecem descompensar, não encontrando os recursos de que dispõem.

Em síntese, parece-nos que o impacto deste crítico evento na vida da mulher/casal/família é múltiplo e salientamos o luto, o bem-estar, o *coping* e a transição como perspectivas de análise, dada a sua correlatividade, e porque, conseqüentemente, os padrões de resposta podem ser os mesmos ou similares. A esta abordagem acrescentamos, ainda, a perspectiva da satisfação, como indicador da qualidade e do cuidar.

1.1 – LUTO

A perda faz parte da vida dos indivíduos e o conceito de luto descreve as emoções e sentimentos que a acompanham.

Tendo por base uma revisão da literatura efetuada por Jacob (1993), podemos dizer que o luto como fenómeno foi, primeiramente, descrito por Freud, em 1915, como uma perda dolorosa em que toda a energia é direcionada para pensamentos, sentimentos e atividades que se relacionam com o ser/objeto perdido, traduzido num processo gradual de afastamento do indivíduo enlutado face ao objeto perdido ou desejado, revivendo o passado e lidando com as recordações. Este processo descrito como “trabalho de luto” fornece uma explicação para o chamado fenómeno “revisão obsessiva”, o qual é proeminente característica do luto.

O sociólogo americano T. Eliot, em 1932, no seu estudo empírico sobre luto, foi pioneiro ao descrever as reações típicas do luto como bem sucedidos, ou mal sucedidos padrões de recuperação. Jacob (1993) salienta que Fulconer, em 1942, baseado no trabalho de Eliot, foi o primeiro a descrever o luto em estádios, começando pelo choque e finalizando com a remodelação, na qual o indivíduo estabeleceu uma nova e estável forma de vida. Refere, igualmente, que Lindemann, em 1944, num estudo sobre os sobreviventes de um incêndio, descreveu o luto normal como tendo dimensões somáticas e psicológicas, concluindo que as pessoas recuperavam do luto em seis a oito semanas, levando à difusão da teoria da crise como modelo de intervenção no luto.

Segundo alguns autores, “estes estudos, relacionados com uma curta recuperação, entram em conflito com estudos subsequentes que indicam que o luto é um processo que deve ser avaliado em anos, mais do que em semanas” (Bowlby 1980, Parkes & Weiss 1983, Sanders 1989, Schucter & Zisook 1986, *cit in* Jacob 1993, p.1788).

Averill, em 1968, definiu as grandes variações do luto em normal, exagerado, abreviado, inibido, antecipatório e retardado. A teoria da crise como modelo de intervenção no luto foi mais tarde, em 1974, questionada por Caplan, que propôs o luto como um período de transição psicossocial. De salientar, ainda, o movimento “morte e morrer” que ocorreu nos anos sessenta, onde se evidenciaram Glasser e Strauss em 1965, e Kubler-Ross em 1969, que focaram a sua atenção nas necessidades ao morrer e nas atitudes da sociedade face à morte. O trabalho de Kubler-Ross, identificando os distintos estádios no período que antecede o

morrer, serviu de foco para a compreensão do luto, com os clássicos cinco passos: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação, por ela descritos como “coping mechanisms”, através das quais as pessoas gerem as situações de dificuldade extrema. Estes estádios, que na época eram vistos como sobrepostos e coexistentes, foram no seu modelo apresentados como progressivos (Bruce, 2007).

Nos anos 80, Bowlby e Parkes, reformularam estes cinco estádios propostos por Kubler-Ross, no que denominaram as quatro fases do luto – choque e incredulidade, procura e saudade, desorganização e desânimo e, finalmente, reconstrução e recuperação – e observaram que elas não eram sempre lineares, mas que podiam ser recorrentes, precipitadas por recordações, ou devidas a alguma experiência ou data significativas (Bruce, 2007). Desde então, têm sido vários os autores que têm descrito e caracterizado, com algumas dissemelhanças, as diferentes fases da experiência do luto (Bonnano & Kaltman, 2001; Cullberg, 2001, *cit in* Adolfsson 2006; Neymeier 2001, Wolfelt 1999, Worden 1982, *cit in* Bruce 2007).

De acordo com Kay e colaboradores (1997, *cit in* Cabral, 2005), podemos considerar três grandes fases no processo de luto: protesto, desorganização e reorganização. Para os autores, a fase de protesto corresponde ao momento inicial do processo de luto e pode durar de poucas horas até vários dias. Caracteriza-se por invasivos sentimentos de choque, apatia, incredulidade e negação. À breve incapacidade para compreender o sucedido, surge a compreensão e a respetiva perturbação que se manifesta geralmente pelo choro e agitação. Nesta fase inicial, pode, ainda, associar-se a raiva, zanga e/ou hostilidade que pode ser dirigida à equipa de saúde, ou ao próprio por ter falhado em fazer alguma coisa que tivesse evitado aquela perda.

Na segunda fase – desorganização –, surge uma progressiva consciencialização da perda. Para os autores, é o período em que as emoções começam a tornar-se claramente dolorosas, acompanhando-se de sentimentos de tristeza na procura da pessoa perdida. Intensa solidão, isolamento e falta de sentido para a vida são sentimentos e atitudes que predominam. As situações patológicas acompanham-se de profunda perda de autoestima e marcada autorreprovação.

As manifestações de pesar podem traduzir-se por queixas somáticas variadas, como alterações do sono, perda do apetite, desconfortos gástricos ou letargia. Pode verificar-se, nesta fase, uma certa desistência e alheamento do mundo exterior traduzida pela introspeção, falta de espontaneidade e de afabilidade, desinteresse em cuidar de si. Impaciência, irritabilidade e falta de

objetivos são, igualmente, observáveis. Funcionar no dia-a-dia constitui um grande esforço para a pessoa, resultando na execução das tarefas em modo rotineiro e automático. Esta fase é dominada pelos pensamentos acerca da pessoa perdida (objeto ou ideal da perda), revivendo-se a relação. As memórias irrompem de forma dolorosa. Surge, por vezes, a negação, que leva o indivíduo a agarrar-se às coisas, mantendo-as como eram antes da perda, na tentativa de que a pessoa regresse.

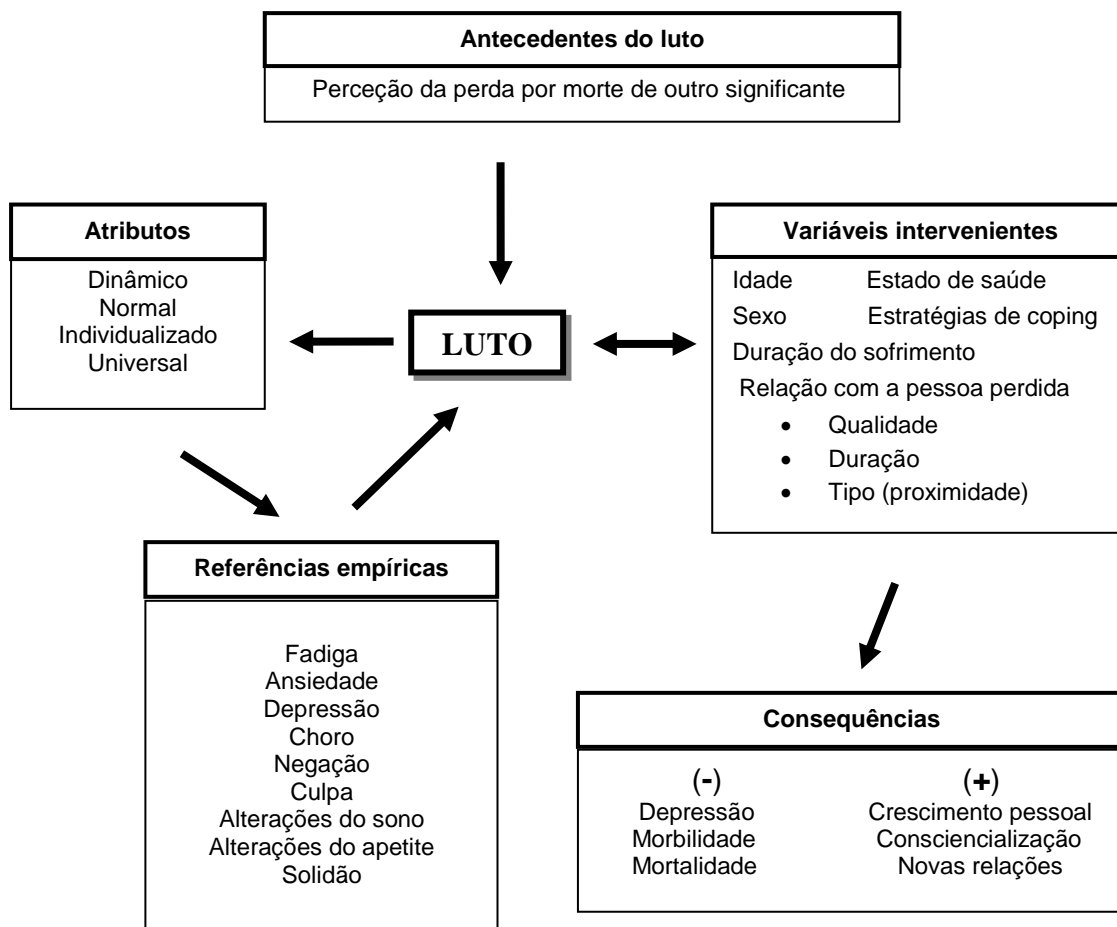
Na terceira e última fase do processo de luto – reorganização –, o enlutado vai, lentamente, reintegrando o seu interesse pelo mundo. As memórias dolorosas vão sendo atenuadas. Iniciam-se novas atividades. Há abertura para novas relações, ou retomam-se as anteriores. Por vezes, podem surgir sentimentos de culpa por se ter sobrevivido à perda e por se aproveitar o que de bom a vida pode trazer.

O mais contemporâneo conceito de luto tende a vê-lo como um processo dinâmico, mudando naturalmente (Cowles & Rodgers, 1991).

De acordo com Jacob (1993), o luto é o processo normal, dinâmico e individualizado que abrange os aspetos físico, emocional, social e espiritual das pessoas que experienciaram a perda de alguém ou algo significativo. Surge como uma resposta universal, inerente a qualquer idade e cultura. É uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido e a sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência da perda (Gesteira, Barbosa & Endro, 2006).

Não é o evento em si mesmo – o tipo de perda – que lhe determina a resposta. Cada pessoa reage do seu próprio modo, embora a resposta a uma particular perda seja influenciada por um conjunto de fatores como os que se apresentam na figura 1.

Figura 1 – Antecedentes, atributos, referentes, variáveis e consequências do luto



Fonte: adaptada de Jacob, 1993, p.1792

Quanto à sua duração, o processo de luto varia muito de indivíduo para indivíduo. As fases propostas por Kay e colaboradores (1997, *cit in* Cabral, 2005), anteriormente apresentadas, não se traduzem necessariamente numa sequência linear, podendo não ser evidentes, de igual modo, todos os aspetos que as caracterizam. A este propósito, Silver (2007) cita um relatório elaborado em 2001 pelo Center for the Advancement of Health¹, nos Estados Unidos, que concluiu que a teoria do luto estava já distante da teoria dos multiestágios de Kubler-Ross, afirmando que o luto não é divisível em estágios e que não há uma definição clara para esse processo.

¹ *Report on Phase One of Grief Research: Gaps, Needs and Actions*. Washington, DC: Center for the Advancement of Health.

Para Worden (1982, *cit in* Bruce, 2007), o trabalho de luto – adaptação à perda – envolve quatro tarefas básicas, essenciais para que a pessoa/sistema familiar recuperem o equilíbrio e completem o luto:

- aceitar a realidade da perda,
- experienciar a dor da perda,
- ajustar-se/adaptar-se a um ambiente no qual a pessoa/objeto desejado não existe,
- transferir a energia emocional investindo-a noutras relações.

Estas tarefas não precisam de seguir uma ordem específica, podendo decorrer de forma sequencial, cíclica ou sobrepondo-se, no entanto, a pessoa enlutada deverá aplicar nesse trabalho os seus esforços até readquirir o equilíbrio. Worden (1982) dá enfoque à particular dificuldade na realização da quarta tarefa, considerando que é nesse aspeto que muitas vezes o luto permanece não resolvido.

Ao longo das duas últimas décadas a investigação trouxe um novo olhar e uma nova abordagem sobre muitas das teorias do luto (Holman, Perisho, Edwards & Mlakar, 2010). Alguns autores como Stroebe, Hansson, Stroebe e Schut (2007) questionaram a validade dessas teorias ao abordarem o *coping* face à perda. Depois de uma extensa revisão da literatura, Silver e Wortman (1980, Wortman & Silver, 2001, *cit in* Holman et al., 2010) concluíram haver uma falta de evidência empírica para muitas das assunções propostas como resposta às perdas. De acordo com o relatório de investigação sobre luto, elaborado pelo *Center for the Advancement of Health* (2003, *cit in* Holman et al., 2010, p. 487), “a experiência da perda pode ser universal, mas as respostas à perda são largamente variadas e não há um curso claramente definido, ou processo para fazer o luto”.

De acordo com Holman e colaboradoras (2010), “estudos recentes identificaram quatro padrões de resposta a uma perda: a) resiliência² (funcionalidade alta e consistente, baixo *distress*³ ~35-50%), b) luto comum (*distress* transitório, alta funcionalidade ~10-20%), c) luto crónico/depressão (*distress* elevado e consistente, funcionalidade prejudicada ~10-25%), d) recuperação/deprimido-melhorado (*distress* inicial em resolução, elevada funcionalidade, 10-20%)” (p.487).

² Termo proveniente da física e que se refere à capacidade de um material de recuperar a sua forma original depois de estar submetido a altas pressões. Por analogia é utilizado pelas ciências humanas para designarem a faculdade que as pessoas apresentam quando, face a situações adversas, conseguem sair mais ou menos ilesas e, ainda, transformadas pela experiência.

³ Na língua portuguesa o termo inglês *distress* significa aflição, angústia, mágoa, pesar, embaraço. No entanto, por uma questão semântica, optámos por utilizar o termo original.

A assunção de que o luto é um processo que varia de indivíduo para indivíduo sugere questões importantes sobre o que constitui um luto normal, complicado ou patológico. Reações de luto normais são aquelas que, apesar de dolorosas, movem o sujeito para a aceitação da perda e para a capacidade de continuar a sua vida (Bonanno & Kaltman, 2001).

De acordo com Prigerson e Jacobs (2001), os indicadores de uma adaptação normal incluem:

- a capacidade de sentir que a vida ainda tem sentido;
- o sentido de segurança em si próprio, autoeficácia;
- a capacidade de confiar nos outros;
- a capacidade para reinvestir noutras relações interpessoais ou atividades.

Desde Freud até aos nossos dias, têm sido vários os autores que dedicaram algum do seu trabalho ao estudo e categorização do luto complicado e patológico (Bowlby, 1980, Jacobs, 1986, Lindmann, 1944, Parkes, 1965, Rando, 1992, Worden, 1982, Zisook et al., 1982, *cit in* Bonanno & Kaltman, 2001). De entre as possíveis categorizações encontradas na literatura, apresentamos o modelo proposto por Worden (1982, *cit in* Cabral 2005):

- Luto crónico – permanece muito tempo, dificultando o desempenho das atividades que integram a vida quotidiana.
- Luto atrasado – as respostas são inibidas, suprimidas, adiadas ou não respondidas.
- Luto exagerado – caracteriza-se por respostas de intensidade excessiva, que incapacitam a vida do indivíduo.
- Luto mascarado – existência de sintomatologia física e psicológica que origina perturbações no indivíduo, mas que ele não identifica como relacionadas com a perda sofrida. (p. 67)

Na visão construtivista de Neymeier (2001, *cit in* Bruce, 2007), as emoções durante o luto são funcionais e guias úteis. O indivíduo precisa de reconstruir um mundo que recupere a direção e a interpretação do sentido da vida. Os estados emocionais acarretam algo importante que possibilita a aprendizagem no processo, não devendo nunca ser vistos como condições disfuncionais a serem extintas ou ultrapassadas. A reconstrução da identidade do enlutado é um processo social, na

medida em que é regulado pelas normas sociais e familiares, mas ao mesmo tempo individual.

Não existe um ponto final no luto e, considerando a maioria dos autores, este pode fazer-se em dois a quatro meses, ou prolongar-se por um a dois anos (Brier, 1999; Toedter, Lasker & Janssen, 2001). O luto de uma gravidez perdida é um fenómeno psicossocial que tem um início definido, mas um desenvolvimento com um elevado grau de incerteza para as mulheres. Podemos concluir que está terminado quando é integrado harmoniosamente na vivência do presente.

A literatura sobre o luto após a perda de gravidez é escassa e talvez por isso os resultados evidentes sejam pouco consistentes e claros (Wright, 2011).

A perda pré-natal foi reconhecida como um evento gerador de luto desde final dos anos sessenta, início dos anos setenta do século XX, no entanto, os estudos sobre este tema só surgem na literatura em meados dos anos oitenta (Beutel, Deckardt, Rad, & Weiner, 1995; Hutti et al., 1998 *cit in* St John, Cooke & Goopy, 2005). Atualmente é vista como um significativo stressor psicossocial, do qual resulta um elevado nível de disforia e luto (Brier, 2004). Embora as reações afetivas e comportamentais que normalmente ocorrem pareçam similares àquelas que acompanham qualquer outro tipo de perda significativa, em alguns dos seus aspetos únicos necessitam de um suporte emocional adicional (Adolfsson et al., 2004; Brier, 2004).

A perda precoce da gravidez tem sido vista como perda perinatal. No entanto, fazer o luto deste tipo de perda pode ser complexo, tornando este processo mais difícil por várias razões. Não existe, por exemplo, uma criança visível para “chorar”, não há memórias nem experiências de vida partilhadas, a morte é súbita num momento de “preparação para a vida”, e existe uma falta de reconhecimento pela sociedade. Nesta situação, o trabalho de luto parece elaborar-se quase ao nível do imaginário. A supressão de um apropriado trabalho de luto pelas inibições sociais pode levar a um aumento do stresse e a consequências emocionais a longo prazo (Lee & Slade, 1996).

Diversos estudos referem que nas perdas gestacionais, embora o processo de luto se afigure numa estrutura sequencial idêntica ao de outras perdas, apresenta algumas especificidades (Kay et al., 1997, *cit in* Cabral, 2005):

- Embotamento emocional, negação, choque – o choque pode ser tanto maior quanto mais avançada for a idade gestacional em que ocorre a perda.

- Culpa e raiva – sentimentos de culpa por, de alguma forma, ter causado ou contribuído para a situação de perda (por exemplo: dieta imprópria, falta de repouso, esforços, actividade sexual frequente, consumo de tabaco ou álcool).
 - Inveja e ciúmes – direccionado a mulheres grávidas ou mães com bebés. Frequentemente evitam o contato com mulheres nestas situações.
 - Retorno menstrual – primeiramente pode ser encarado como positivo para a evolução do trabalho de luto, uma vez que pode significar a manutenção da funcionalidade do aparelho reprodutivo, reforçando a esperança de que uma nova gravidez possa ser conseguida. No entanto, as menstruações seguintes podem significar confirmações de insucesso se houver tentativas de engravidar, podendo acentuar a dor da perda anterior.
 - Nascimento de um bebé saudável – em muitas situações, é neste momento que a mulher consegue, definitivamente, ultrapassar a perda da gravidez.
- (p.74-75)

A este respeito, Bourne e Lewis (1984, *cit in* Côté-Arsenault & Marshall, 2000) referem que as gravidezes subsequentes, e muito próximas, a uma perda anterior podem provocar danos psíquicos. Isto inclui o risco de um luto incompleto ou perturbações psíquicas. Outros autores argumentam, ainda, que um luto não resolvido pode afetar de forma negativa o desenvolvimento da parentalidade com o filho subsequente (Armstrong, 2002). Também se observou que algumas mulheres que ficaram grávidas entre cinco a seis meses após qualquer tipo de perda gestacional apresentaram respostas de luto inapropriadas (Ney et al., 1994, Robertson & Kavanaugh, 1998, *cit in* Lamb, 2002).

Há autores que consideram incompatível a coexistência do processo de luto e do processo gravídico, considerando que neste caso o processo de luto é interrompido, podendo criar dificuldades na relação com o novo bebé. Outros, por seu lado, defendem que embora a nova gravidez possa, de algum modo, interferir no processo de luto, também poderá constituir um evento reparador para as mães no que respeita à sua auto-desvalorização quanto à capacidade procriadora e maternal e aos seus sentimentos de culpa, dizendo, ainda, que depois do

nascimento da criança a mãe prosseguirá e concluirá o luto mantido durante a gravidez (Cabral, 2005).

É importante referir que a maioria dos estudos sobre os efeitos de uma gravidez subsequente a uma perda foca as situações de morte fetal e perinatal, sendo escassos os que abordam os efeitos da gravidez após uma perda gestacional mais precoce. Muitos investigadores concluíram que a decisão de voltar a engravidar está marcada por dúvidas, inseguranças, e a preocupação de que outra perda possa ocorrer (Lamb, 2002). Apesar destes sentimentos de ambivalência, a maioria dos estudos indica que 50-60% destas mulheres quer voltar a engravidar durante o primeiro ano depois de ocorrer uma perda gestacional (Armstrong & Hutti, 1998, Estok & Lehman, 1983, Robertson & Kavanaugh, 1998, *cit in* Lamb, 2002).

Alguns estudos (Beutel et al., 1995; Deckhardt et al., 1994, Hutti et al., 1989, Nickcevic et al., 1999, *cit in* Brier, 2008), analisando as alterações na intensidade do luto ao longo do tempo como uma referência, têm tentado responder à questão: qual a duração do luto após uma perda gestacional? Todos eles sugerem que há uma significativa redução na intensidade do luto aos seis/sete meses pós perda, induzindo que a duração do luto subsequente a uma perda gestacional é similar à duração do luto após outros tipos de perdas significativas. No entanto, Lok e Neugebauer (2007) após analisarem 22 estudos sobre este tipo de perdas, concluíram que o tempo de resolução é variado e enquanto algumas investigações falam em três/quatro meses, outras documentam que a resolução ocorra entre um a dois anos.

De acordo com Stroebe e colaboradores (2007), os investigadores têm-se empenhado bastante para mudarem as tradicionais ideias sobre a duração e recuperação do luto, ou sobre o que é um luto normal ou patológico. Geralmente as expectativas são de que ele decorra em um ano e se retorne a um estado base de bem-estar. No entanto, o conhecimento atual admite que a maioria das pessoas se adapta com o tempo, o que normalmente demora um a dois anos, ainda que permaneçam diferentes depois da perda. Presentemente é reconhecido que alguns aspetos do luto podem nunca ter fim, mesmo entre aqueles que, aparentemente, parecem bem adaptados e que continuam as suas vidas.

Para Stroebe e colaboradores (2007), os termos recuperação e resolução revelam-se inexatos. Para estes autores é mais importante aumentar a compreensão sobre o luto e as suas flutuações, por exemplo nos estados emocionais e na adaptação à vida. Argumentam que seria preferível a adoção da

proposta de Pennebaker, Zech e Rimé (2007) que aborda as consequências do luto, distinguindo-as em termos de a) recuperação emocional da perda e b) vulnerabilidade para consequências na saúde mental e física.

W. Stroebe e Schut (2007) salientam a importância que a avaliação dos fatores de risco pode ter na determinação do impacto resultante da perda. “Um fator de risco é um aspeto comportamental da pessoa, ou do seu estilo de vida, uma exposição ambiental, ou uma característica inata ou adquirida que, com base na evidência epidemiológica, é conhecida como estando associada a condições de saúde consideradas importantes na prevenção” (p.350).

Segundo estes autores, os fatores de risco, nos resultados do luto, aumentam o risco para doença, moderando o impacto que a experiência da perda tem na saúde (fatores de impacto), ou a velocidade da recuperação (fatores de recuperação). Os fatores de impacto são aqueles que se relacionam especificamente com a perda, como seja o tipo de perda, se foi súbita ou esperada. Nos fatores de recuperação podem englobar-se aqueles que se associam diretamente com a pessoa, como a personalidade, a idade ou a religiosidade, e ainda os de contexto interpessoal, como seja o suporte social e familiar, ou a relação de parentesco com a pessoa perdida.

Podemos dizer que as manifestações do luto se vão atenuando à medida que se vai integrando a perda. Significa que se atingiu um estágio em que se entende que os factos não podem ser alterados e que importa aceitar a situação e prosseguir a vida com uma lembrança cada vez menos dolorosa. Considera-se normal e saudável uma reação de luto que a mulher consiga gerir, resolver e ultrapassar por si própria (Bonanno, 2007a).

1.2 – BEM-ESTAR

Desde a Antiguidade que os filósofos consideraram a felicidade como a grande meta e o elemento motivacional do ser humano. A importância dada a este construto evidencia-se na Psicologia, sobretudo a partir da década de 70 do século XX, em que um grande número de estudos procurava compreender como e porquê as pessoas experienciavam as suas vidas de forma positiva. De acordo com Diener (1984), estes estudos sobre felicidade, que a Psicologia passou a denominar de bem-estar, subentendiam, maioritariamente, que a saúde, ou bem-estar, era a ausência de doença, ou de tristeza.

A partir da década de 90, estes estudos foram fortemente questionados com o desenvolvimento da Psicologia Positiva e investigadores como Fredrickson (2001) e Sheldon e King (2001) sugeriram que o bem-estar subjetivo incluiria, necessariamente, elementos positivos (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). No entanto, a inclusão destes elementos no conceito de bem-estar aumentou a dificuldade na definição desta ideia, dado não haver consenso entre os investigadores sobre quais serão os componentes positivos que concorrem para que o indivíduo tenha bem-estar subjetivo.

Ao longo dos últimos anos, os investigadores têm evidenciado um crescente interesse por este construto que, abrangendo um enfoque variado, tem adotado as mais diversas designações, tais como felicidade, satisfação, estado de espírito e emoções positivas, sendo igualmente visto por alguns como uma avaliação subjetiva da qualidade de vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Atualmente, os estudiosos direcionam a sua atenção para a compreensão do processo que sustenta a felicidade (Diener et al., 1999). Na opinião destes autores, o conceito de bem-estar requer autoavaliação, no sentido de que só pode ser observado e expresso pelo próprio indivíduo e não por indicadores externos escolhidos e definidos por terceiros. Cada pessoa avalia a sua vida aplicando conceções subjetivas, tendo por base as suas próprias expectativas, valores, emoções e experiências anteriores.

Segundo Diener, Suh e Oishi (1997), apesar das diferentes visões teóricas na formulação do conceito de bem-estar subjetivo, há consenso quanto às suas dimensões: satisfação com a vida e emoções ou pensamentos⁴ positivos e negativos. O sentimento positivo reflete a extensão em que a pessoa se sente entusiasmada, ativa e alerta e pode subdividir-se em emoções específicas como alegria, afeição e orgulho. É um contentamento hedónico puro, experienciado num dado momento como um estado de alerta, de entusiasmo e de atividade. É um sentimento transitório de prazer ativo. É sobretudo a descrição de um estado emocional e não tanto um julgamento cognitivo. Esse sentimento positivo tem sido referido como um fator de proteção face a situações de stresse, uma vez que, de acordo com Billings, Douglas, Folkman, Acree, e Moskowitz (2000), pessoas que mantêm estados emocionais positivos experienciam menos problemas físicos.

O sentimento negativo refere-se a um estado de distração, ou desprazer, que também é transitório, mas que engloba emoções desagradáveis como ansiedade,

⁴ O termo utilizado pelos autores, em inglês é *affect*. Traduz-se na língua portuguesa por sentimento, inclinação. Na nossa opinião, e de acordo com o contexto, a palavra pensamento pode ser uma outra opção de tradução que exprime o sentido semântico do conceito.

agitação, depressão, aborrecimento, pessimismo (Diener, Diener & Diener, 1995). Reflete quanto o indivíduo se sente angustiado e pouco motivado, subdividindo-se em emoções como vergonha, culpa, tristeza, raiva (Diener et al., 1997).

De acordo com Diener e colaboradores (1999), o sentimento negativo e o sentimento positivo são entendidos como os dois componentes do bem-estar subjetivo e, em alguns estudos por eles conduzidos, estes dois componentes encontraram-se inversamente correlacionados. No entanto, outros autores (Bradburn & Caplovitz, 1965 *cit in* Diener et al., 1999) referiram a sua independência, sugerindo que deveriam ser medidos separadamente.

Para Diener (1984), o conceito de bem-estar subjetivo engloba três características que o ajudam a distinguir dos outros conceitos: a subjetividade, medidas positivas e uma avaliação global. Desta forma, condições externas objetivas como saúde, conforto ou riqueza, por exemplo, não devem incluir-se na sua definição, embora possam constituir fatores potencialmente influenciadores (Albuquerque & Tróccoli, 2004). No que respeita à segunda característica, expressar aspetos positivos não tem de significar ausência de fatores negativos, antes releva, sim, a importância de uns sobre os outros. Quanto à terceira característica, significa que o bem-estar subjetivo envolve, necessariamente, uma avaliação global dos diversos aspetos da vida de uma pessoa.

De acordo com Diener e colaboradores (1997), a pessoa caracteriza-se como tendo baixo nível de bem-estar quando está insatisfeita com a sua vida, experiencia pouca alegria e, com frequência, sente emoções negativas como ansiedade ou raiva. Por outro lado, Lucas e Gohm (2000) entendem que a pessoa apresenta bem-estar elevado quando experiencia satisfação com a vida e alegria, possuindo, raramente, experiências de desprazer e emoções como tristeza e raiva.

O conceito de satisfação com a vida surge a par do de felicidade e do de bem-estar, podendo ser considerado como uma dimensão subjetiva de qualidade de vida. De facto, o humor das pessoas, as suas emoções e os juízos autoavaliativos não estagnam no tempo, por isso a satisfação apresenta-se como um construto, não só multidimensional, mas também dinâmico. No entanto, não interfere na estabilidade do fenómeno. Variações momentâneas não mascaram o julgamento mais extenso, e mais estável, que a pessoa faz da sua vida (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Satisfação com a vida é o julgamento que o sujeito faz sobre a mesma e que traduz o quanto ele se sente distante ou próximo das suas aspirações (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). Pode ver-se como um estado psicológico que assume uma estreita relação com bem-estar, mais do que avaliações subjetivas da

qualidade de vida pessoal. Assim, uma pessoa com alta qualidade de vida pode relatar insatisfações, enquanto uma outra, com baixa qualidade, poderá relatar satisfação com a vida.

Uma outra perspectiva nos estudos sobre bem-estar traz-nos o conceito de bem-estar psicológico. Enquanto o bem-estar subjetivo tem por base as avaliações de satisfação com a vida e um balanço entre sentimentos positivos e negativos que revelam felicidade, as concepções teóricas do bem-estar psicológico apoiam-se fortemente sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida.

Uma das características mais notórias da emoção é a tremenda heterogeneidade na forma como cada indivíduo responde aos mesmos desafios que apresentam uma elevada carga emocional. Tais diferenças nos padrões de reação emocional desempenham um papel crucial na definição das variações de bem-estar (Davidson, 2004).

A satisfação com a vida é considerada o elemento cognitivo do bem-estar. Lucas, Diener e Suh (1996) salientam que a pessoa, ao fazer uma avaliação da satisfação com a sua vida pondera os aspetos positivos e negativos que lhe permitem um juízo global possuidor de uma estabilidade temporal, independentemente do estado afetivo do momento. Para alguns autores, a satisfação com a vida pode subdividir-se em domínios como por exemplo o trabalho, o casamento, as amizades, etc. (Diener, Suh & Oishi, 1997). Diener (1984) refere que, nesta forma de avaliação, os domínios mais próximos ou mais diretamente relacionados com a vida da pessoa são os que exercem maior influência sobre o bem-estar subjetivo, para além de que a avaliação da satisfação com a vida, por domínios, é considerada mais sensível aos aspetos culturais. Por sua vez, o pensamento positivo e o pensamento negativo são considerados os dois componentes emocionais do bem-estar subjetivo.

Os estudos sobre bem-estar, no seu decurso ao longo dos anos, têm-se cruzado com outras variáveis e, na opinião de Schmutte e Ryff (1997), verifica-se alguma relação entre algumas características da personalidade e bem-estar. Surgiram alguns modelos explicativos, salientando-se o modelo de equilíbrio dinâmico (Headey & Wearing, 1989) segundo o qual os fatores da personalidade como neuroticismo e extroversão determinariam a linha base de felicidade da pessoa. Assim, embora os eventos críticos possam levar o indivíduo acima ou abaixo dessa linha de base, isso constituir-se-ia um movimento temporário e a

pessoa recuperaria o seu ponto de equilíbrio (Diener, 1996; Kahneman, Diener & Schwarz, 1999).

Neuroticismo e introversão foram positivamente associados a pensamento negativo (Diener et al. 1997; Kahneman et al. 1999; Wilkinson & Walford, 2001), enquanto extroversão foi mais relacionada com pensamento positivo (Diener et al. 1997).

No estudo conduzido por Wilkinson e Walford (2001), numa amostra de 404 adolescentes com uma média de idade de 17,1 anos, o fator de personalidade extroversão foi o mais importante preditor de satisfação com a vida. No entanto, mesmo os pesquisadores que consideram que a personalidade é um fator definitivo no nível de bem-estar reconhecem que este sofre influência dos eventos críticos (Kahneman et al. 1999). Assim, embora as pessoas possuam a habilidade para se adaptarem face às circunstâncias da vida (Diener, 1996, *cit in* Diener, 2000), o bem-estar deverá ser entendido tanto como um traço, quanto como um estado (Feist, Bodner, Jacobs, Miles & Tan, 1995).

Ainda a respeito de possíveis variáveis que se podem relacionar com o bem-estar, alguns estudos evidenciam a tendência de que pessoas do sexo feminino experienciam um mais baixo nível de bem-estar quando comparadas com as do sexo masculino (Goede, Sprulit & Maas, 1999; Waters, Salmon, Wake & Hesketh, 2001; Svetaz, Ireland & Blum, 2000) e, ainda, maiores níveis de sentimento negativo (Cole, Peeke, Dolezar, Murray & Canzoniero, 1999). Lucas e Gohm (2000) destacam que a experiência feminina de sentimento negativo tende a ser mais intensa e mais frequente do que a masculina. É possível que estes resultados entre os géneros sejam reflexo de diferentes concepções de bem-estar ou da influência das variáveis culturais.

1.3 – *COPING*

De acordo com Lazarus (2000), há três grandes áreas a considerar nas respostas humanas aos eventos stressores: a avaliação que a pessoa faz do evento, a sua escolha de respostas, incluindo as opções de *coping*, e as emoções resultantes. Em qualquer circunstância, a avaliação da situação influencia como a pessoa reage, sente e se comporta face às situações.

O stresse resulta da interação das pessoas com as situações da vida. O stresse físico e emocional conduz a alterações da bioquímica celular e a uma supressão da imunidade que, em última instância, se pode traduzir numa grande

variedade de doenças (Federico, Morgillo, Tuccillo, Ciardello & Loguercio, 2007, Kiecolt-Glaser, 2010, Wellen & Hotamisligil, 2005, *cit in* Parcels & Nelson, 2012).

O conjunto de estratégias que as pessoas utilizam para se adaptarem às circunstâncias adversas e stressantes tem-se designado de *coping*.

O conceito de *coping*, de uma ou de outra forma, permanece entre nós desde há muito. A sua história tem acompanhado a Psicologia desde os seus primórdios incidindo no modo como os indivíduos se adaptam às mais adversas situações. Analisado no início do século XX, numa perspetiva psicanalítica, decorrente dos estudos de Freud sobre os mecanismos de defesa como formas inconscientes de lidar com ameaças internas ou conflitos, o conceito de *coping* foi evoluindo, salientando-se o contributo de investigadores como Menninger, Vaillant e Haan (Lazarus, 1993), embora o modelo tendesse, ainda, a apresentar tipologias estáticas de *coping*, não considerando a complexidade das interações do indivíduo com as situações stressantes específicas (Ribeiro, 2005).

O conceito teve grande desenvolvimento com os trabalhos do grupo de Lazarus e associado aos estudos sobre stresse a partir das décadas de 60 – 70 (Lazarus, 1993). Numa perspetiva transaccional, o *coping* passou a ser considerado como um processo de resposta consciente, ou uma reação a um acontecimento externo negativo ou stressante. Esta perspetiva salienta os processos em detrimento das estruturas ou características estáveis de personalidade, tal como a valorização dos comportamentos de *coping* sobre os processos inconscientes e os traços, associando-se ainda os determinantes cognitivos e situacionais (Ribeiro, 2005). De acordo com este autor, o *coping* é entendido como um processo transaccional entre a pessoa e o meio, com ênfase no processo.

Na perspetiva de Lazarus (1993), o *coping* como um processo salienta duas grandes formas: focado no problema – referindo-se às estratégias para lidar com os próprios stressores; focado nas emoções – referindo-se aos esforços para lidar com as respostas emocionais que o indivíduo apresenta, ou emergem, face aos stressores.

De acordo com Suls e colaboradores (1996, *cit in* Ribeiro, 2005), há uma outra geração de estudos que por considerarem que os fatores situacionais não explicam todas as variações nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos, procuram ligações entre personalidade e coping. Os traços de personalidade mais amplamente estudados que se relacionam com as estratégias de *coping* são o otimismo, a rigidez, a autoestima e o *locus* de controlo (Antoniuzzi, Dell’Aglio & Bandeira, 1998). Surge, assim, uma perspetiva integrativa das anteriores.

Conforme Folkman e Moskowitz (2000, *cit in* Ribeiro, 2005), as abordagens contextuais do *coping* comungam nos aspetos seguintes:

- o *coping* tem múltiplas funções;
- o *coping* é influenciado pela avaliação das características do contexto de stresse;
- o *coping* é influenciado pelas características de personalidade;
- o *coping* é influenciado pelos recursos sociais.

Autores como Holahan e Moos (1987, *cit in* Ribeiro, 2005) referem, também, como sendo influenciadores do *coping* fatores sociodemográficos como a educação e o nível socioeconómico.

De considerar, ainda, e conforme indicam Lazarus e DeLongis (1983, *cit in* Antoniazzi et al., 1998), que ao longo do processo de desenvolvimento da pessoa se observa uma variabilidade nos processos de *coping*, devida às grandes modificações que se processam nas condições de vida através das experiências vivenciadas pelos indivíduos. Assim, para além de se considerar o envelhecimento, é também tido em conta o significado dos eventos stressantes nos diversos momentos da vida dos indivíduos.

Ao longo dos tempos, os investigadores têm distinguido, embora sem total consenso, o que denominam de estratégias de *coping* e estilos de *coping*.

De forma geral, os estilos de *coping* têm sido mais relacionados com as características de personalidade, enquanto as estratégias se reportam a ações cognitivas ou de comportamento utilizadas no decurso de um episódio particular de stresse. Embora os estilos possam influenciar o leque de estratégias escolhidas, eles são fenómenos distintos com diferentes origens teóricas (Ryan-Wenger, 1992, *cit in* Antoniazzi et al., 1998).

De acordo com a perspetiva teórica de Lazarus e Folkman (1984), o indivíduo não utiliza necessariamente as mesmas estratégias de *coping* nas diferentes situações, não defendendo a ideia de um estilo pessoal de *coping*. Contrariamente salientam que os indivíduos recorrem a diferentes estratégias em função das características da situação stressante.

Carver, Scheier e Weintraub (1989) parece-lhes mais óbvio que existam estilos de *coping*, considerando que as pessoas, ao abordarem cada contexto de *coping*, trazem consigo um conjunto de estratégias que têm permanecido relativamente estáveis através dos tempos e das circunstâncias.

Cohen (1991, *cit in* Monat & Lazarus, 1997) designa como *disposições de coping* a tendência que o indivíduo apresenta na utilização de um determinado tipo

de *coping* ao longo dos variados eventos stressantes, e como *coping episódico* as estratégias de *coping* individuais usadas numa situação específica. No entanto, o mesmo autor refere que é pouco evidente a consistência encontrada nesta relação, pelo que a forma como os indivíduos lidam com as situações stressantes em determinado momento não pode ser predita pelas disposições de *coping*.

De acordo com Carver e Scheier (1994), os indivíduos desenvolvem formas habituais de lidar com o stresse, designando estes hábitos por estilos de *coping*, os quais podem influenciar as suas reações em novos eventos. Para estes autores, o estilo de *coping* não se define pela preferência de um aspeto de *coping* em detrimento de outro, mas simplesmente uma tendência em usar um conjunto de estratégias em maior ou menor grau, face a situações de stresse. Salientam, no entanto, que nos estilos de *coping* não estão necessariamente subjacentes traços de personalidade que predisponham o indivíduo a responder de determinada forma. Pelo contrário, os estilos de *coping* podem refletir a tendência de determinada forma de resposta face a uma série de circunstâncias específicas.

Variados conceitos e tipologias têm sido citados na literatura sobre *coping*, focando a sua relação com os traços ou estilos de personalidade. Podemos referir:

- O estudo dos modelos de personalidade desenvolvido por Mathews (1982, *cit in Antoniazzi et al., 1998*), em que salientam três componentes do comportamento do padrão A: competitividade, impaciência e agressividade/hostilidade. Das observações sobressai um maior esforço no controlo das situações no padrão de comportamento tipo A e, ainda, elevados níveis de comportamento inversamente relacionados com o nível de empatia, sugerindo que a competitividade, impaciência e hostilidade podem desviar o indivíduo da preocupação com os outros. Não se tem verificado influência da idade sobre o padrão de comportamento tipo A, mas parece existir alguma consistência no efeito de género, apresentando o masculino uma maior frequência no comportamento tipo A.

- Os estilos de *coping* designados “monitorizador” e “desatento” de Miller (1981, *cit in Antoniazzi et al., 1998*), que se referem ao estilo de atenção do indivíduo em situação de stresse, ou, ainda, à tipologia apresentada por Band e Weisz (*cit in Antoniazzi et al., 1998*), denominando o *coping* como primário, quando utilizado com o objetivo de lidar com situações objetivas e secundário se envolvendo a capacidade de adaptação do indivíduo às condições de stresse.

- O estilo de *coping* passivo versus ativo (Billings & Moss, 1984, Holahan & Moss, 1985, *cit in Antoniazzi et al., 1998*), considerando ativo o *coping* com

esforços de aproximação ao foco de stresse e o estilo passivo evitando o foco de stresse. Estes estilos assemelham-se aos da tipologia aproximação *versus* evitação (Rudolph, Denning & Weisz, 1995, *cit in* Antoniazzi et al., 1998), englobando vários tipos de estratégias de *coping* ligadas aos comportamentos de aproximação e evitação da situação stressante, procura da informação e evitação da mesma, passividade e atividade, atenção e distração.

Contrariamente aos estilos de *coping* relacionados com os fatores disposicionais do indivíduo, as estratégias de *coping* têm sido conotadas com fatores situacionais. Lazarus e Folkman (1984) salientam o papel assumido pelas estratégias de *coping*, referindo que estas podem mudar de momento para momento, durante a evolução de uma situação stressante. Tendo em conta esta variabilidade nas reações individuais, para os autores é impossível prever respostas situacionais com base no estilo típico de *coping* de um indivíduo. As estratégias de *coping* refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um stressor (Antoniazzi et al., 1998).

São diferentes as estratégias que permitem atingir os objetivos do *coping*, associando-se a cada uma das funções, na perspectiva dos vários investigadores da área que, assim, têm desenvolvido vários “sistemas” de classificação (Carver, 1997; Carver et al. 1989; Lazarus & Folkman, 1984; Lovallo, 1997). De acordo com uma das classificações mais apresentadas na atual literatura, a de Lazarus e Folkman (1984), as estratégias podem ser classificadas em dois tipos, dependendo da sua função: estratégias focadas na emoção e estratégias focadas no problema.

O *coping* focado nas emoções é definido como um esforço para controlar o estado emocional associado ao stresse ou resultante de eventos stressantes. Estes esforços, não visando propriamente agir sobre a situação, são dirigidos para pensamentos e ações a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo, o controlo do stresse, a redução do efeito da tensão e a manutenção do equilíbrio afetivo. A função destas estratégias é reduzir o sofrimento emocional e a sensação física desagradável resultante de um estado de stresse. Elas podem ainda ser de natureza comportamental, tendo como exemplo o recurso ao tabaco, ao álcool, a drogas, a alimentos em excesso, ao exercício físico excessivo; ou podem ser de natureza cognitiva, implicando procedimentos mais elaborados, baseados no modo como as pessoas pensam sobre a situação geradora de stresse, tendo como exemplos a desvalorização da ameaça mediante comparações positivas com situações análogas, o adiamento do confronto, a procura de valor positivo a partir de

experiências negativas, a procura de razões aceitáveis ou, ainda, “externalização” da responsabilidade (Antoniazzi et al., 1998).

O *coping* focado no problema constitui-se como um esforço para atuar na situação que deu origem ao stresse, tentando mudá-la. A função destas estratégias é alterar o problema existente na relação entre a pessoa e a situação problemática, mediante a análise e definição da mesma, a criação de alternativas e a seleção da melhor para finalmente atuar (Lazarus & Folkman, 1984). Deste modo, visam o estabelecimento de um plano de ação e a sua execução de modo a eliminar a causa do stresse ou a lidar com a realidade da situação, evitando a continuidade de um estado desagradável, condicionador do bem-estar e da qualidade de vida do indivíduo (Lovallo, 1997). Neste caso, as ações de *coping* podem, ainda, ser direcionadas internamente ou externamente. Assim, se o *coping* focado no problema é dirigido para uma fonte externa de stresse, engloba, por exemplo, estratégias de negociação para a resolução de um conflito interpessoal, ou a solicitação da ajuda prática de outras pessoas; enquanto o *coping* focado no problema e dirigido internamente inclui geralmente reestruturação cognitiva como, por exemplo a redefinição do stressor. (Antoniazzi et al., 1998).

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o uso de estratégias focadas no problema ou nas emoções depende de uma avaliação da situação stressante na qual o indivíduo se encontra envolvido, existindo dois tipos de avaliação. A avaliação primária traduz o processo cognitivo mediante o qual os indivíduos avaliam o risco envolvido em determinada situação de stresse. A avaliação secundária pressupõe a análise que as pessoas fazem dos recursos disponíveis e opções para lidar com o problema.

Conforme os mesmos autores, o *coping* centrado no problema tende a ser mais utilizado em situações avaliadas como modificáveis, enquanto o centrado nas emoções tende a ser mais utilizado em situações avaliadas como inalteráveis.

A importância do *coping* centrado no problema ou centrado nas emoções pode variar em resposta a diferentes tipos de stresse ou diferentes momentos no tempo. Para Carver e Scheier (1994), embora estas duas categorias sejam percebidas facilmente, os seus efeitos podem, no entanto, ser confundidos. O *coping* focado nas emoções pode facilitar o *coping* focado no problema por remover a tensão e, similarmente, o *coping* focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional. Os estudos indicam que ambas as estratégias são usadas durante praticamente todos os episódios stressantes e que o uso de uma ou de outra pode variar em eficácia, dependendo dos diferentes tipos de

stressores envolvidos (Compas, 1987, *cit in* Antoniazzi et al., 1998; Lazarus & Folkman, 1984).

O trabalho de Coyne e DeLongis (1986, *cit in* Antoniazzi et al., 1998) originou a ideia de uma terceira estratégia de *coping*, centrada nas relações interpessoais, na qual o indivíduo procura apoio nas pessoas do seu círculo social para a resolução da situação stressante. Foi mais tarde aprofundada por O'Brien e DeLongis (1996, *cit in* Antoniazzi et al. 1998), com o objetivo de perceber melhor o papel da personalidade e dos fatores situacionais na escolha das estratégias de *coping*.

De acordo com o modelo de *coping* e stresse apresentado por Lazarus e Folkman (1984), qualquer tentativa para gerir o stressor é considerado *coping*, tenha ou não resultado positivo. Assim, uma estratégia de *coping* não pode ser considerada como intrinsecamente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa, tornando-se necessário considerar a natureza do stressor, a disponibilidade de recursos de *coping* e o resultado do esforço de *coping*.

Para Compas (1987, *cit in* Antoniazzi et al., 1998), as estratégias de *coping*, quer sejam focadas no problema quer nas emoções, são ambas importantes, embora a sua eficácia seja caracterizada por flexibilidade e mudança. Situações novas podem requerer novas formas de *coping*, pois determinada estratégia pode não ser eficaz para todos os tipos de stresse. Por outro lado, o resultado de uma determinada estratégia de *coping* é difícil de avaliar, uma vez que pode mudar com o tempo, para além de que determinada estratégia que alivia no imediato o stresse pode, posteriormente, ser causa de dificuldades. Quando o indivíduo lida com um stressor, as estratégias de *coping* são utilizadas individualmente, consecutivamente e em combinação, o que não simplifica o processo de *coping*, dado que o impacto de uma estratégia de *coping* pode ser confundido pelo efeito de outras estratégias (Beresford, 1994).

Dentro dos acontecimentos geradores de stresse familiar, a transição para a parentalidade é considerada um evento normativo, isto é, comum à maioria das famílias, esperado ou previsível e de duração temporal limitada (Boss, 2002).

A transição para a parentalidade delinea-se desde o início da gravidez e implica stresse, tal como os outros acontecimentos relevantes do ciclo de vida, aos quais se associam mudanças nos padrões de funcionamento habitual. O facto de a gravidez sofrer uma interrupção não prevista não anula este processo. Iniciada uma transição, nada mais volta a ser como antes (Hernandez, 2005).

Tal como em outras situações de stresse, importa considerar a avaliação que a pessoa faz da situação, remetendo de imediato para o processo de avaliação cognitiva e subjetiva sobre a sua própria capacidade de controlo, eventuais consequências e os recursos de que dispõe ou a que pode recorrer.

Na perspetiva de Boss (2002), o stresse familiar é um conceito neutro, não positivo nem negativo, significando simplesmente pressão sobre a família. O grau de stresse sentido e a ocorrência de efeitos danosos ou positivos depende muito da perceção e avaliação familiar. Stresse familiar significa apenas mudança ou uma perturbação no equilíbrio do sistema. No entanto, este pode gerar uma crise, ou seja, uma perturbação do equilíbrio da família de tal modo grave que bloqueie ou incapacite o sistema. Durante um período de duração variável, o funcionamento da família pode não ser satisfatório, havendo dificuldade na concretização dos papéis e das tarefas habituais, sendo insatisfatórios os níveis de funcionamento dos membros da família, quer sob o ponto de vista fisiológico, quer psicológico (*ibidem*).

Através do uso de estratégias de *coping* adequadas, as famílias podem conseguir controlar e gerir o stresse, evitando o momento de crise. Ainda de acordo com Boss (2002), o processo de *coping* no contexto familiar pode ser descrito como a gestão de um evento por parte da família enquanto unidade, sem efeitos negativos em qualquer membro individual do sistema.

Os processos de stresse e de resolução de problemas estão fortemente relacionados com a ideia da perceção do controlo e assumem-se como uma base fundamental para a compreensão da adaptação ou inadaptação do indivíduo face aos seus recursos e aos seus contextos de vida. Assim, a família, ao avaliar subjetivamente que pode modificar ou controlar uma situação adversa, tem, não só, mais probabilidades de seleccionar as melhores estratégias para gerir a situação, como, ainda, reduzir o risco de dano que a mesma possa ocasionar (Boss, 2002).

1.4 – TRANSIÇÃO

A gravidez apresenta-se como um período da vida da mulher que, como já referido, se caracteriza por mudanças biológicas, psicológicas e sociais. No entanto, a primeira gravidez é uma transição, semelhante à menarca e à menopausa, ou seja, é a passagem de um estágio de desenvolvimento para outro, com implicações na auto-imagem, nos valores, nos comportamentos e nos relacionamentos interpessoais das mulheres (Öhman, Grunewald & Waldenström, 2003).

A primeira gravidez traz, geralmente, implicações nos relacionamentos das mulheres com os seus parceiros. A transição para a parentalidade exige do casal uma mudança de papéis sociais, ou seja, dos papéis de homem e mulher, dos papéis de marido e mulher e dos papéis de pai e mãe. Isso implica uma adaptação nas identidades dos indivíduos e do casal.

Algumas das mudanças implicadas na gravidez têm já em vista a transição para a parentalidade. É o momento durante o qual cada membro da família começa a preparar-se para a sua nova função e, neste sentido, Canavarro e Pedrosa (2005), referem que:

As mudanças implicadas na gravidez e transição para a parentalidade trazem necessariamente perdas e ganhos, intrinsecamente associadas às representações ou significados que tais processos representam para cada mulher e homem e exigem um conjunto de respostas (comportamentais, cognitivas e emocionais) que habitualmente não integram o repertório cognitivo dos pais, por isso, impondo adaptações específicas. (p. 245)

A transição para a parentalidade tem sido definida como uma etapa do ciclo familiar em que o investimento orientado para a organização da relação marido-mulher é transferido para as relações pais-filho. Após o nascimento do primeiro filho, o casal ascende na hierarquia geracional, tornando-se prestador de cuidados e protetor da geração mais nova. O interesse por este momento do ciclo familiar surgiu em 1957, quando LeMasters (*cit in* Hernandez, 2005) afirmou que 83% dos novos casais passavam por uma severa crise na passagem de casal para pais.

O fenómeno das transições, bem como todo o trabalho teórico em seu redor, não é exclusivo da enfermagem. Segundo Hernandez (2005), a Psicologia da Transição teve origem no trabalho sobre perda, crise familiar e depressão, referindo-se a Parkes (1972; 1998), Holmes e Rahe (1967) e ainda Kübler-Ross (1969). Por outro lado, parte do trabalho teórico inicial desenvolveu-se na perspetiva das organizações e dos negócios (Bridges, 1999) e na perspetiva da psicologia (Schlossberg, Waters & Goodman, 1995). No entanto, anteriormente, Tyhurst num artigo seu em 1957 (*cit in* Murphy, 1990, p.2), introduziu o termo “transição” na literatura sobre saúde mental, explicando-o a partir do verbo latino – *transire* – que significa atravessar e, definindo transição como uma *passagem ou mudança de um lugar, estado ou acto, ou conjunto de circunstâncias para outro*. Este conceito foi posteriormente retomado por Parkes (1971) que salientou a sua

utilização como forma de compreender o processo de adaptação que se segue à morte de alguém significativo (*cit in* Hernandez, 2005).

O conceito de transição tem sido utilizado como uma perspectiva e como um modelo de trabalho. Para Parkes (1971, *cit in* Murphy, 1990, p.2), transições são processos de mudança, permanente nos seus efeitos, que forçam o indivíduo a abandonar a sua visão do mundo e do lugar que nele ocupam, exigindo o desenvolvimento de novas crenças e novas práticas que lhe possibilitem enfrentar e adaptar-se ao novo ou alterado espaço de vida.

Para Mercer e colaboradores, as transições são “definidas como pontos de mudança os quais resultam no pressuposto de novos papéis e novas relações conduzindo a novas autoconcepções” (1988, *cit in* Zagonel, 1999, p. 26).

Para Murphy (1990), o conceito de transição define-se com base em duas perspectivas teóricas. A primeira reporta-se ao desenvolvimento ao longo do ciclo de vida do indivíduo, durante o qual ocorrem eventos marcantes, enfatizando-se o contexto e o processo de mudança e assimilação mais do que o evento em si mesmo. A segunda perspectiva é a de que os eventos de vida provocam desequilíbrios (que a autora denomina de pontos de crise) entre dois ou mais períodos de tempo estáveis. Esta perspectiva dá ênfase aos precedentes e subsequentes padrões de vida, focando sobretudo os resultados. Estes dois pontos de vista sugerem que as respostas humanas às transições são complexas, podendo ser condicionadas por muitos fatores.

Carter e McGoldrick (1995) englobam a família como um sistema que se move através do tempo e possuidora de propriedades diferentes dos outros sistemas, referindo que os significados das transições mudam conforme a família e da família para o sistema. Por exemplo, o nascimento do primeiro filho força uma reorganização familiar como um sistema social.

As transições diferem tanto quanto os indivíduos, contudo os teóricos que seguem esta perspectiva definem uma estrutura estável que permite compreender a psicologia dos indivíduos em transição. Nos processos de mudança, as transições passam por estabilidade – instabilidade e estabilidade como um fenómeno ligado ao movimento e fluxo, caracterizado pela entrada, passagem e saída (Murphy, 1990). Apesar de diversas, as definições apresentam semelhanças nas ideias, aquilo a que Schumacher e Meleis (1994, *cit in* Zagonel, 1999, p.27) denominaram de *propriedades universais das transições*, tais como: processos que ocorrem ao longo do tempo e que envolvem desenvolvimento, perturbações nas rotinas, nível

emocional elevado e adaptação individual como requisito para as mudanças da vida.

Ao longo do ciclo de vida, as mudanças de um estado, fase ou períodos, para outro, são uma constante, no entanto, embora isso seja inevitável não é necessariamente natural ou desejável. A este respeito, Chick e Meleis (1986) salientam que em alguns casos a transição se inicia por eventos que vão além do controlo individual e noutros pode ser procurada deliberadamente através de acontecimentos como por exemplo: casamento, gravidez, ou mudança de profissão.

Uma transição, em sentido amplo, é qualquer evento ou não evento do qual resultem mudanças de relacionamento, rotinas, crenças e papéis, no que respeita a si mesmo, ao trabalho, à família, à saúde, ou de natureza económica (Schlossberg et al., 1995).

As transições incluem não apenas mudanças óbvias na vida – tais como formatura, casamento, nascimento do primeiro filho, morte de um ente querido, etc. –, mas, também, outras mais subtis, decorrentes da não ocorrência de um evento previsto. O termo *não evento* permite dar significado às respostas humanas resultantes de eventos que, embora esperados ou planeados, não ocorreram e, no entanto, alteraram a vida das pessoas envolvidas, como por exemplo: um casamento que não se realizou, uma criança que não nasceu, uma promoção profissional que não se concretizou, entre outras (Hernandez, 2005).

Desta forma, um *evento* ou um *não evento* pode ser visto numa perspetiva de transição desde que resulte em mudança. Por outro lado, uma transição não é tanto uma questão de mudança objetiva, mas da percepção que o indivíduo tem da sua própria mudança. Isto é, uma transição ocorre quando a mudança estiver bem definida para a pessoa que a experiencia.

Às transições decorrentes do ciclo de vida, como por exemplo casamentos, nascimentos, ou mortes, Imber-Black (1995) denomina-as de eventos normativos e designa como transições idiossincráticas aquelas de natureza aparentemente diferente ou rara, não assinaláveis por rituais, como um abortamento, o nascimento de uma criança com deficiência, uma separação forçada por hospitalização, doença crónica, suicídio, entre outras.

As transições são um resultado e, simultaneamente, trazem como resultado mudanças na vida, na saúde, nas relações e no ambiente envolvente das pessoas (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2000). A avaliação do impacto de uma transição sobre as relações, as rotinas, as crenças e os papéis será, provavelmente, a consideração mais importante para o entendimento de

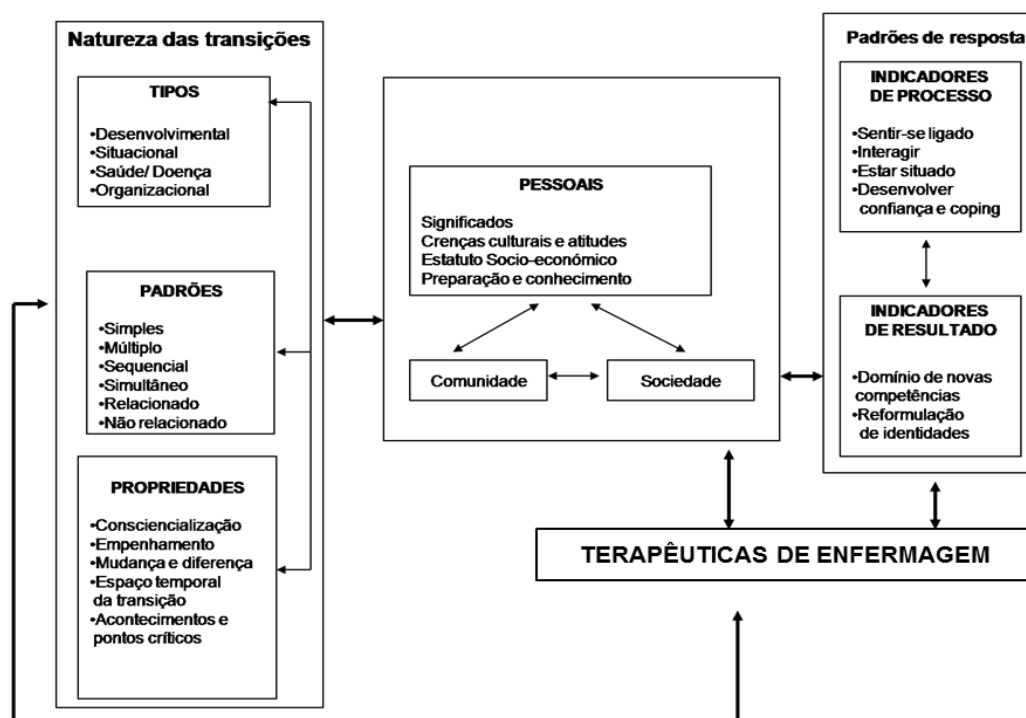
determinada situação. Consoante o nível de alteração que ocorre na vida do indivíduo, assim serão os recursos de *coping* necessários, bem como o tempo para assimilação e adaptação (Hernandez, 2005).

No âmbito da enfermagem, nos últimos 20 anos, Meleis e algumas colaboradoras têm desenvolvido investigação com vista à construção de uma teoria de médio alcance sobre a transição na perspetiva disciplinar da enfermagem. De acordo com Chick e Meleis (1986), as transições entram no domínio da enfermagem quando essas experiências ditas de transição envolvem, ou afetam de algum modo, o estado de saúde, ou quando os resultados das mesmas se relacionam com o estado de saúde. Na perspetiva da enfermagem, o resultado desejado não é somente um estado de saúde positivo, mas também uma transição saudável.

A teoria proposta por Meleis e colaboradoras (2000) decorre da perspetiva de que os indivíduos que passam por transições estão mais suscetíveis a riscos que afetam a saúde. O modelo conceptual baseado na teoria da transição compreende a natureza (tipo, padrões e propriedades), as condições e os padrões de resposta (indicadores de processo e de resultados) da transição, os quais orientarão as intervenções de enfermagem.

A revisão e análise da literatura sobre transições permitiu a Meleis e colaboradoras (*ibidem*) afirmarem que os enfermeiros prestam assistência em três tipos de transições relevantes: saúde/doença, de desenvolvimento e situacionais, emergindo também um outro tipo designado como transições organizacionais (Meleis, 2007), conforme a figura 2.

Figura 2 – Transições: modelo relevante para a prática da enfermagem



Fonte: adaptado de Meleis et al, 2000, p. 17

As transições desenvolvimentais incluem a adolescência, o casamento, a gravidez, parto, maternidade, parentalidade, divórcio, menopausa, viuvez, morte.

Exemplos de transições de saúde/doença abrangem o diagnóstico da situação, procedimentos médicos e cirúrgicos, hospitalização e alta, reabilitação e recuperação. Estas envolvem, por vezes simultaneamente, transições situacionais, como a mudança de casa para o hospital ou vice-versa, ou de casa para um centro de cuidados.

Como exemplos de transições situacionais podemos mencionar, entre outros, a emigração, cuidados à família e mudança das condições laborais.

As transições de tipo organizacional envolvem processos de mudança na estrutura, função e composição das comunidades e organizações.

A natureza de cada um destes tipos de transições é influenciada pelo contexto social e cultural da situação. Todos eles se podem sobrepor, criando transições complexas e múltiplas.

A prática da enfermagem baseada no modelo da transição significa que é necessário identificar os tipos e padrões de transição – se as transições ocorrem uma de cada vez, sequencialmente, simultaneamente, e se as transições múltiplas têm, ou não, relação entre si – e a forma como as famílias e os indivíduos geriram

outras transições no passado. Uma boa colheita de dados pode proporcionar informação relacionada com as experiências de transição de um indivíduo, tanto passadas como presentes.

Apesar das transições serem fenómenos complexos e multidimensionais, foram identificadas algumas propriedades essenciais, conforme se apresentam na figura 2.

Na maioria dos casos, existe, nos indivíduos envolvidos, algum grau de consciencialização da transição – as mulheres grávidas estão conscientes de que se vão tornar mães, os emigrantes percebem as mudanças nas redes sociais e na cultura, os indivíduos com alta hospitalar estão conscientes de que têm de se cuidar, eles próprios, em casa. Teoricamente, há alguma tensão a envolver esta consciencialização como propriedade chave das transições. Por vezes, os enfermeiros identificam uma experiência de transição, no entanto, nem o indivíduo nem a família estão conscientes dela, pelo menos, no mesmo momento.

O empenhamento (ou compromisso) é outra propriedade essencial. Define-se como o grau de envolvimento que a pessoa apresenta face aos processos inerentes à transição. Obviamente, as pessoas só estarão ativamente comprometidas com uma transição da qual estejam conscientes, mas na maioria dos casos existe algum grau de empenhamento ou compromisso com o processo de transição. Exemplos desse empenhamento podem ser procurar informação, reproduzir comportamentos ou modelos de papéis observados nos outros, efetuar preparativos e, de forma pró-ativa, levar a cabo alterações no seu ambiente e nas suas redes sociais. Os níveis de empenhamento podem variar em função do nível de consciencialização da pessoa ou família, das condições físicas ou de saúde e do grau de recursos disponíveis e de suporte social da pessoa.

Ainda de acordo com Meleis e colaboradores (2000), a **mudança**, bem como a **diferença**, são elementos chave das transições. Uma diferença importante é que apesar de todas as transições implicarem mudança, nem todas as mudanças estão relacionadas com a transição. As transições são resultado *de* mudanças e *originam* mudanças. No entanto, as transições são processos a longo prazo.

As dimensões da *mudança* a serem exploradas devem incluir:

- A *natureza* da mudança – uma mudança na saúde física ou mental, na condição social ou económica, na auto-imagem, nas expectativas, na rede social;
- *Temporalidade* – quando é que o indivíduo ou a família reconheceram a mudança;
- *Perceção da importância, gravidade* – quão importante ou grave é a mudança;

• *Normas e expectativas pessoais, familiares e sociais* – a mudança era esperada e cumpre com as normas e expectativas da sociedade;

A **diferença** é uma propriedade relacionada, que se pode manifestar quando o indivíduo enfrenta expectativas divergentes, se sente diferente, é percebido como diferente, ou vê o mundo e os outros de diferentes maneiras.

Um bom exemplo é o estudo de Messias (1997, *cit in* Meleis et al., 2000) sobre a confrontação com a diferença, aos vários níveis, experienciada pelas mulheres imigrantes nos Estados Unidos. Frequentemente, a transição entre expectativa e realidade foi abrupta e precipitada, uma vez que as ilusões de triunfo, abundância de emprego e dinheiro fácil rapidamente se dissiparam perante a restrita realidade de oportunidades para os emigrantes. Contudo, as expectativas variam e são individuais, e a divergência entre as expectativas e a realidade não é igual para todas as pessoas. Se algumas mulheres ficaram espantadas, chocadas ou desapontadas com a realidade que encontraram, outras ficaram agradavelmente surpreendidas. As mulheres, nas suas histórias, enfatizaram a diferença (comida, supermercados, sistema de saúde, crenças, língua, forma de expressão do afeto), não significando, no entanto, que a mudança não foi importante ou que não se deu. Existe uma diferença significativa entre mudança e diferença. Enfrentar a diferença não é sinónimo de mudança.

Segundo Canaval, Jaramillo, Rosero e Valência (2007, p.12), “as expectativas são um fenómeno subjectivo que influencia colectivamente na experiência de transição, durante a qual as pessoas podem ou não conhecer o que esperam, podendo as suas expectativas não ser reais. Quando o que se espera é conhecido, a ansiedade associada à transição diminui”.

As transições, por vezes, resultam numa sensação de incoerência, alteração, incongruência entre expectativas passadas e perceções presentes e uma necessidade de pontos de referência familiares. Ao assistir indivíduos em processos de transição é importante que os enfermeiros avaliem o impacto da mudança, a diferença e a incoerência na saúde e no bem-estar. Outro aspeto a avaliar será o nível de facilidade e domínio (mestria) da pessoa para lidar com mudanças e diferenças (Meleis et al., 2000).

Outra propriedade importante é o espaço temporal da transição - uma característica de todas as transições é o fluxo e o movimento através do tempo.

Bridges (1991, *cit in* Meleis et al., 2000) conceptualizou a transição como um tempo de vida composto por períodos identificáveis: o período inicial caracterizado por sinais de antecipação, perceção ou demonstração de mudança; o período

intermédio, por instabilidade, confusão e aflição e um ponto final identificável, “o novo início” ou período de estabilidade.

Segundo Meleis e colaboradores (2000), a investigação em enfermagem sugere que pode ser difícil, impossível ou mesmo contraproducente estabelecer limites de tempo específicos em todas as experiências de transição. Algumas transições dão-se de forma progressiva, ondulante (com altos e baixos), não querendo com isto dizer que as pessoas que experienciam transições prolongadas estejam constantemente num estado de desconexão, fluxo e mudança. Todavia, estes estados podem surgir periodicamente, reativando uma experiência de transição latente. Os enfermeiros devem ter em conta a possibilidade de fluxo e variabilidade ao longo do tempo.

As transições, por vezes, associam-se a um acontecimento ou série de acontecimentos desequilibrantes. Algumas transições possuem como indicadores acontecimentos críticos, os ditos pontos de transição, enquanto em outras, esses eventos não são tão facilmente identificáveis. Com efeito, já anteriormente mencionámos que as transições podem associar-se com não eventos. Os acontecimentos críticos podem associar-se com o início da transição, como também podem ocorrer noutros pontos da mesma.

De qualquer forma, os estudos que envolvem múltiplas transições evidenciam que a maioria das experiências de transição está associada a acontecimentos de vida e eventos críticos.

Como exemplos de transições que se associam a acontecimentos críticos identificáveis podem mencionar-se o nascimento, a morte, o início e o fim da menstruação, ou o diagnóstico de uma doença. Não obstante, não são estes os únicos nem, necessariamente, os acontecimentos mais importantes ou os períodos mais críticos de uma experiência de transição.

De acordo com Schlossberg e colaboradoras (1995, *cit in* Hernandez, 2005), podemos dizer que a gravidez, quando foi planeada, se insere naquilo a que as autoras designam de transição antecipada, dado que é o período em que cada membro da família inicia a sua preparação para a sua nova função. Reorganizam-se as funções básicas e as relações no núcleo familiar. A mudança nos papéis requer modificar a imagem que cada um tem de si próprio, alterar rotinas, aprender e desenvolver novas competências e ordenar as relações com os outros. Quando essa gravidez é interrompida de forma abrupta e involuntária, torna-se numa transição não antecipada, ou um “não evento”, uma vez que não estava previsto (Schlossberg et al., 1995, *cit in* Hernandez, 2005). As transições de “não eventos”

são aquelas que sendo esperadas não ocorreram, mas, no entanto, alteraram a vida das pessoas envolvidas e esse é um aspeto fundamental (Hernandez, 2005).

Na perspetiva da enfermagem, é importante identificar os pontos e acontecimentos críticos que podem associar-se com um aumento do mal-estar ou da vulnerabilidade (Meleis et al., 2000).

No modelo proposto por Chick e Meleis (1986), foram identificados, tanto nas pessoas como no meio ambiente, os fatores que podem afetar o processo de transição. As **condições da transição** incluem significados, expectativas, níveis de conhecimento e habilidades, meio ambiente, nível de planificação e bem-estar físico e emocional. Segundo Meleis e colaboradores (2000), na perspetiva da enfermagem, os indivíduos são vistos como seres ativos com perceções e significados próprios das situações de saúde-doença, os quais são tanto influenciados como influenciam as condições sob as quais ocorrem as transições. Desta forma, para perceber essas experiências da pessoa durante a transição, é fundamental desocultar as condições pessoais e ambientais, facilitadoras ou inibidoras, de um processo de transição saudável.

As condições pessoais incluem os significados (atribuídos aos acontecimentos críticos e ao processo de transição), as crenças culturais e atitudes, o nível sócio-económico e o nível de preparação antecipada e conhecimento sobre o que esperar durante a transição e as estratégias que lhe podem ser úteis para lidar com a situação.

As condições comunitárias que podem facilitar ou impedir uma transição com êxito incluem recursos, apoio social, acesso a informação e serviços.

As condições sociais que oscilam entre desigualdade de género, marginalização e racismo, têm de igual modo impacto sobre as experiências de transição.

De acordo com Chick e Meleis (1986), as respostas durante e após o processo de transição são denominadas como indicadores de processo e de resultado. De acordo com Canaval e colaboradores (2007), estas respostas permitem avaliar o conhecimento que a pessoa detém sobre a transição e quais os recursos de que dispõe, assim como a forma para gerir os momentos críticos que se apresentam ao longo do processo. Permitem, ainda, avaliar o conhecimento sobre as mudanças para conseguir passar de uma identidade a outra.

Para Meleis e Trangenstein (1994), a enfermagem está preocupada com os processos e as experiências dos seres humanos durante o percurso das transições, no qual a saúde e a percepção do bem-estar são os resultados/ganhos. Uma

transição saudável afirma-se tanto pelos processos como pelas respostas resultantes.

Devido à natureza longitudinal das transições, **os indicadores de processo** são fundamentais e incluem:

- Sentir-se ligado (fazendo parte, integrado) – fazer novos contactos, mas permanecer ligado aos antigos como família e amigos. Contactos e conhecimentos pessoais são uma fonte primária de informação sobre recursos em cuidados de saúde. Sentir-se ligado com profissionais de saúde que lhe facultem informações importantes pode também ser um indicador importante de uma experiência de transição positiva.

- Interagir – as interações interpessoais são um indicador de processo chave, sobretudo nas transições de saúde/doença e nas de desenvolvimento. A interação permite que o significado da transição e o desenvolvimento de comportamentos de resposta à mesma sejam expostos, clarificados e explicitados.

- Estar situado – é importante na maioria das transições, embora possa ser mais óbvio em algumas do que em outras. Como se pode ver pelo exemplo dado pelos emigrantes, em que existe uma constante migração real ou imaginária, anterior ou posterior, entre a pátria e o país de acolhimento, entre a sua vida anterior e atual. Fazer comparações é uma forma de criar significados a partir de novas experiências e constitui uma forma de se situarem no contexto do tempo, espaços e relacionamentos, ou, também, um modo de explicarem e justificarem a sua mudança.

- Desenvolver confiança e *coping* – manifesta-se ao nível do conhecimento e entendimento dos vários processos inerentes ao diagnóstico, tratamento, recuperação ou adaptação às limitações; ao nível da utilização dos recursos e no desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com a transição de doença, de situação ou de desenvolvimento. Como exemplo, podemos referir o caso da transição para a maternidade em que as jovens mães se vão sentindo mais confiantes à medida que vão fazendo uso das suas próprias experiências e adquirindo um sentido de êxito pessoal e sabedoria. Esta dimensão apresenta-se de forma progressiva ao longo do processo de transição.

Conforme Meleis e colaboradores (2000), nos estudos que analisaram emergiram dois **indicadores de resultados**: desenvolvimento e domínio de novas competências e a reformulação da identidade, ou seja, uma identidade flexível e integrada.

O culminar de uma transição saudável traduz-se num sentido de mestria, isto é, no conhecimento e domínio de novas competências e comportamentos necessários para lidar com novas situações e ambientes. Os indicadores de domínio englobam a capacidade para tomar decisões e empreender ações. O domínio de uma competência demora tempo, desenvolve-se ao longo do processo de transição e pode conduzir e contribuir para uma sensação de crescente estabilidade, indicando um resultado de transição saudável.

A experiência da transição tem sido caracterizada como resultando numa identidade reformulada. Exemplos de novas identidades resultantes de transições podem incluir adolescente, esposa, mãe, diabética, doente com cancro, viúva, prestadora de cuidados, desempregada, entre outras. Ainda que algumas destas identidades reformuladas possam ser estáveis, em muitos casos a nova identidade é fluida, ou flexível, e dinâmica, particularmente no caso dos emigrantes, dada a natureza dinâmica da transição de emigração.

Os enfermeiros são frequentemente os principais provedores de cuidados aos indivíduos, famílias e comunidades que se encontram em processos de transição de saúde – doença. Participam na preparação das transições iminentes, facilitando o processo de aprendizagem de novas competências, atendendo às mudanças e necessidades na vida diária que as transições acarretam.

De acordo com Zagonel, “as transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, muitas das quais surgidas pelas dificuldades encontradas durante a transição. Além do aspeto emocional, o bem-estar físico é também importante, uma vez que o desconforto físico acompanha uma transição e pode interferir numa passagem bem sucedida” (1999, p.27). Desta forma, cuidar em enfermagem surge muito mais voltado para uma maior sensibilização, consciencialização e humanização, identificando nos clientes os fatores que indicam a transição, numa perspetiva facilitadora de uma transição saudável, emergindo assim a ideia do cuidado transicional.

De acordo com esta autora, realizar cuidados de enfermagem baseados num modelo de transição torna-se um contributo na ajuda ao indivíduo, não enfatizando apenas a cura. Importa fornecer suporte a uma pessoa em transição, ajudando-a a manter e proteger a sua saúde no futuro. O objetivo da intervenção de enfermagem será cuidar dos clientes, proporcionando condições que conduzam a uma transição saudável. O cuidado transicional procura responder à valorização do ser, dado que é o sujeito da ação, não se limitando a funções, papéis ou tarefas. De alguma forma, o cuidado estará ligado a cada etapa do desenvolvimento humano,

de modo a favorecer a maturidade e o crescimento na procura de maior equilíbrio e estabilidade. É difícil reduzir o cuidado transicional numa simples definição, pois ele não é palpável, não é visível, não é definível. Surge da tomada de consciência por parte do enfermeiro ao revelar a compreensão do cliente como sujeito num processo de transição. O cuidado transicional é desenvolvido com a preocupação nas etapas transicionais do ser, exposto a todas as suas probabilidades.

1.5 – A SATISFAÇÃO DO UTENTE COMO INDICADOR DA QUALIDADE DOS CUIDADOS

A qualidade é um tema que tem tido um crescente interesse e está hoje amplamente difundido no âmbito das organizações, evidenciando um carácter influente no progresso das sociedades. No entanto, pode dizer-se que a busca pela qualidade é antiga.

As ideias sobre a gestão da qualidade surgiram nos pensadores norte-americanos, desenvolvidas no contexto industrial, atingindo um incremento enorme na indústria japonesa, no período pós-guerra (D’Innocenzo, Adami & Cunha, 2006). Desenvolveram-se métodos e técnicas para implementar, manter e avaliar a qualidade da produção e dos serviços. De acordo com as autoras citadas, “concepções como ausência de defeitos, fazer certo da primeira vez, conformidade com as exigências e expectativas do cliente, sentir orgulho do que se faz, sintetizam o que significaria qualidade” (p.84). Desde então, melhorar no sentido da qualidade foi uma constante, transpondo-se o conceito para outros setores de atividade.

No que diz respeito ao setor da saúde, a ideia da qualidade passou, com certeza, por um processo evolutivo, incorporando novos elementos com o movimento histórico da sociedade e das organizações e, se recuarmos a meados do século XIX, podemos lembrar a época em que Florence Nightingale, através da implementação de métodos de assistência e padrões sanitários, contribuiu para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e, conseqüentemente para a redução da mortalidade (Adami, 2000). No entanto, foi o investigador Avedis Donabedian, pediatra arménio radicado nos Estados Unidos, o precursor na ligação do movimento pela qualidade à área da saúde, através dos seus estudos sistemáticos e das suas publicações (D’Innocenzo et al., 2006). Com base na Teoria dos Sistemas (Chiavenato, 2000), que surgiu com os trabalhos publicados pelo biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy entre 1950 e 1968, e que

assenta na necessidade de se avaliar a organização como um todo e não somente por departamentos ou setores, transferiu a noção de indicadores de **estrutura**, **processo** e **resultado** para as organizações hospitalares e o atendimento prestado.

Destes três componentes, a **estrutura** corresponde às características, mais ou menos estáveis, fundamentais para o processo de assistência, que incluem a área física, os recursos humanos (número, tipo, distribuição e qualificação), os recursos materiais e financeiros, os sistemas de informação e protocolos técnico-administrativos, apoio político e condições organizacionais.

O **processo** corresponde à prestação dos cuidados, de acordo com padrões técnico-científicos, estabelecidos e aceitos pela comunidade científica nas suas variadas áreas e sobre determinado tema e, ainda, a utilização dos recursos necessários, quer quantitativa quer qualitativamente. Compreende o reconhecimento dos problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico e os cuidados praticados.

A componente **resultados** equivale ao que advém das atividades realizadas nos serviços de saúde, ou pelo profissional, ou seja, as alterações verificadas no estado de saúde dos clientes, englobando as mudanças verificadas ao nível dos conhecimentos e comportamentos, assim como o grau de satisfação do utente e do profissional envolvidos, respetivamente, em receber e prestar esses cuidados.

Nesta ação, embora se possam assumir os resultados como um indicador da qualidade dos cuidados, ou da assistência prestada, é importante que se realizem avaliações da estrutura e do processo, já que são componentes que se podem alterar, sobretudo ao nível dos processos, pois não se pretende somente melhorar os cuidados, mas também alcançar o maior grau de eficiência. Por isso, a avaliação dos resultados tem, também, como objetivo intervir nas várias componentes do sistema para influir alterações ou correções que incrementem a qualidade dos serviços.

Atualmente, neste mundo globalizado, tecnológico e competitivo, exige-se aos profissionais as mais elevadas competências e conhecimentos, essenciais para responderem às exigências impostas pelas rápidas e constantes mudanças aos mais variados níveis.

Atingido por essas reorganizações económicas, sociais e políticas, o setor da saúde sofre, igualmente, o impacto dos ajustes macroestruturais, impondo-se a qualidade como um tema atual e pertinente. Solicitações ao nível do conhecimento,

da tecnologia, da rentabilidade e da qualidade dos serviços obrigam os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, a um nível de formação e de intervenção cada vez mais exigente. A necessidade de implementar sistemas de qualidade é expressamente assumida por diversas instituições nacionais e internacionais, sendo de destacar: Conselho Nacional de Qualidade e Departamento da Qualidade em Saúde, Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outros.

Segundo Hesbeen (2001, p.45), “a qualidade é, por vezes, entendida como a excelência ou ainda como o que há de melhor”. Contudo, a excelência não é mensurável e a operacionalização do conceito de qualidade é indispensável para que esta possa ser medida. Isto exige, por um lado, a utilização de vias predefinidas que permitam comparar aspetos de qualidade – os critérios. Por outro lado, valores de critério que permitam expressar a medida, o grau adequado ou o intervalo de variação aceitável entre o que é e o que deveria ser – os padrões.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) considerou, desde a sua fundação, como ação prioritária a criação de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal, estabelecendo compromissos com os profissionais e com as instituições de saúde, no sentido de se criar um ambiente favorável à implementação e consolidação de projetos de qualidade relativos “à satisfação dos clientes⁵, à promoção da saúde, à prevenção das complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem” (OE, 2001, p.11).

Os instrumentos de que um serviço de saúde dispõe para a gestão da qualidade podem ser subdivididos em: internos e externos. Quanto aos internos, destacam-se as comissões de avaliação interna da qualidade, constituídas por elementos da equipa multidisciplinar, de auditoria, de prevenção e controlo de infeções, de ética, de gestão de riscos, de prevenção interna de acidentes, os departamentos de formação permanente e os serviços de apoio ao utente. Em relação aos externos, para além das auditorias, os sistemas de acreditação dos serviços, preconizados por órgãos de gestão, ou governamentais, têm sido considerados uma prática relevante para a gestão da qualidade e que vem sendo, gradativamente, implementada nas instituições de saúde.

⁵ Conforme a OE (2001), o termo cliente é usado como forma de designar o indivíduo alvo dos cuidados de enfermagem. Esta opção deve-se à conotação que este termo tem com a ideia de papel ativo no âmbito da relação de cuidados. No entanto, aceitam-se outros termos como utente, doente ou consumidor de cuidados.

No processo de avaliação da qualidade, são imprescindíveis indicadores de qualidade delineados para os processos de trabalho, abrangendo desde a equipa à própria organização, e para a avaliação das atividades desenvolvidas.

O indicador é uma variável, característica ou atributo de estrutura, processo ou resultado que é capaz de sintetizar, representar, ou dar maior significado ao que se quer avaliar, sendo válido, portanto, num contexto específico.

Dessa forma, indicadores de avaliação da qualidade como formas numéricas, ou não, são obtidos a partir dos sistemas de informação sendo utilizados para melhorar as atividades realizadas ou mensurar o grau de risco de um evento ou agravo à saúde; para atribuir valor a dados ou aspetos da realidade que se deseja conhecer e, a partir desse conhecimento, intervir para alcançar objetivos (Teixeira, Camargo, Tronchi & Melleiro, 2006).

Através da escuta, da compreensão, do acolhimento, do reconhecimento e, sobretudo, através do respeito, muitos problemas podem ser resolvidos ou pelo menos, minimizados. Logo, a humanização enquanto conjunto de valores humanos e éticos também pode ser um indicador de qualidade em enfermagem que aponta novos caminhos e novas possibilidades para atingir a qualidade e a credibilidade (Backes, Silva, Siqueira & Erdman, 2007).

Diferentemente do que acontece numa empresa industrial, o produto nos serviços de saúde é o resultado do contacto direto entre profissionais e utentes e das ações e interações que constituem essa relação. No âmbito da saúde, o utente desempenha um duplo papel: é consumidor de atenção, mas também seu co-produtor. Dependente de vários fatores, a qualidade no âmbito da saúde apresenta, assim, uma particularidade que reside no facto de o cliente participar no processo, pois a prestação de cuidados é marcada pela forte relação de dependência entre quem realiza e quem consome o serviço, o que exige uma personalização constante dos cuidados. Para além disto, e de acordo com Mezomo (2001), “deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização, que é a de atender e exceder as necessidades e expectativas de seus clientes” (p.73).

A conceção de qualidade é condicionada por fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais. Segundo Donabedian (1990, p.113), “de cultura a cultura mudam as normas de adequação e a disponibilidade dos recursos, as preferências das pessoas, suas crenças e, conseqüentemente, devem mudar os critérios para avaliar a qualidade da atenção”. Esta ideia é reforçada por Hesbeen (2001), quando diz que “a qualidade não é algo que exista de *per si* num qualquer cantinho da vida. E que não é, tão pouco, qualquer coisa que possamos

acrescentar ou retirar, como se faz com as peças de um *puzzle*.” Ainda, segundo ele, “a qualidade encontra-se em constante processo de invenção, criação, de evolução” (p.152). Estamos, assim, em presença de um conceito com algum caráter subjetivo e, como nos refere este autor, “a percepção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana, e é, portanto, extremamente variável, ou evolutiva” (*ibidem*, p.155).

O conceito de qualidade em saúde apresenta múltiplas facetas e diferentes autores podem apresentar significados distintos para esse termo. Uma análise da literatura sobre este tema revelou inúmeras abordagens e definições de qualidade. No contexto dos sistemas europeus de saúde, por exemplo, foram identificadas 60 diferentes abordagens do tema da qualidade dos serviços de saúde (Quintin, 2001, *cit in* Serapioni, 2009). Trata-se de um conceito complexo e polivalente que, para além da sua ligação com os contextos históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais, se relaciona e depende de outros fatores como sejam a própria conceção de saúde, a variedade de atores que agem no âmbito dos sistemas de saúde e, conseqüentemente, a diversidade dos seus pontos de vista, e a peculiaridade das ações de saúde e assistência que incluem um amplo componente de trabalho imaterial com vincada personalização e relacionalidade, exigindo rapidez nas decisões e ações.

Para Donabedian (1992), o melhor cuidado é o que maximiza o bem-estar do utente, tendo em conta o balanço entre ganhos e perdas esperados que acompanham o processo de cuidar em todas as suas etapas.

Tendo por base a definição dada pela OMS, em 1993, Racoveanu e Johansen (1995) definiram que os cuidados de saúde de qualidade se caracterizam pelos seguintes atributos: um elevado grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um risco mínimo para os utentes e os ganhos em saúde.

Segundo Cipolla (2002, *cit in* Serapioni, 2009, p.71), “a questão da qualidade é ligada a um problema de gradação e não de presença/ausência”, dado que, se pode, por exemplo, encontrar um serviço de saúde, ou profissionais, que apresentem elevada qualidade técnica, mas uma baixa qualidade relacional e vice-versa.

A satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem é parte integrante do grande construto que é a satisfação que eles manifestam com a própria experiência hospitalar. Esta, por sua vez, é complexa e multifatorial, incluindo as relações com a equipa médica, condições físicas e a envolvente ambiental, bem como a própria organização em si mesma, exigindo-se por isso a distinção entre a

satisfação com os cuidados de enfermagem e os outros domínios (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002).

A gestão da qualidade torna-se, por isso, o melhor meio de satisfazer todas as necessidades de saúde e bem-estar dos clientes, através da garantia da qualidade dos cuidados que lhe são prestados e tendo em conta a satisfação ao menor custo.

Embora de forma não sistematizada e intencional, a avaliação da qualidade em saúde acontece a todo o momento. Sempre que é formada uma opinião, quer pelos profissionais de saúde quer pelos clientes, relativamente aos cuidados prestados ou ao atendimento realizado nas instituições de saúde, está a ser feita uma avaliação da qualidade.

A qualidade na perspetiva das pessoas cuidadas associa-se, consensualmente, à acessibilidade dos cuidados e à satisfação individual (resposta adequada às necessidades). Se, relativamente à acessibilidade, os fatores implicados e que condicionam a qualidade são variados, revelando-se, por vezes, de difícil controlo, quanto à satisfação individual muitos dos fatores implicados são intrínsecos ao próprio prestador de cuidados, que deve perseguir permanentemente os padrões de excelência no exercício profissional.

A qualidade em saúde não depende apenas do exercício profissional dos enfermeiros, mas os atos decorrentes da sua prática não podem ser negligenciados ou minorizados nos esforços que visam a sua obtenção.

Os enfermeiros são profissionais indispensáveis nos sistemas de saúde, bem como os cuidados que prestam às pessoas, sujeitos e foco da sua atenção, quando estas se encontram em situação de vulnerabilidade física e/ou psíquica, ou quando vivenciam um processo adaptativo a uma nova realidade, com implicações temporárias ou definidas no seu estado de saúde e, conseqüentemente, na sua independência.

A enfermagem não é uma profissão caracterizada ou condicionada pela racionalidade técnica, ela assenta em princípios interacionistas. Facto que a define como uma profissão relacional em que os próprios cuidados, enquanto intervenções contextualizadas, nunca se repetem, já que é impossível estandardizar aquilo que por natureza é um processo sistémico, dinâmico, interativo, envolvendo pessoas cuja semelhança é apenas, e tão só, a sua singularidade.

De acordo com Johansson e colaboradores (2002), foram encontradas poucas descrições mostrando que a satisfação dos utentes fosse o resultado da competência técnica dos enfermeiros, talvez porque a maioria detém

conhecimentos abaixo de um nível que lhes permita essa avaliação. No entanto, os clientes percebem a qualidade dos cuidados que lhes são prestados. Isto quer dizer que eles são ótimos juízes sobre os cuidados em áreas não tecnológicas. Existe uma forte relação entre a percepção que os utentes têm sobre os cuidados de enfermagem e a percepção da qualidade dos mesmos. Alguns autores referem até que existe uma relação estreita entre a percepção dos utentes sobre os cuidados de enfermagem e a satisfação global com a instituição prestadora dos serviços (Baldursdottir & Jonsdottir, 2002, Karlsson & Forsberg, 2008, *cit in* Parcels & Nelson, 2012). Apesar disso, é evidente que não deve ser subestimada a importância da competência técnica.

Um indivíduo com alterações no seu estado de saúde, e sobretudo quando hospitalizado, poderá ficar restringido do direito à individualização e diferença e a não ser tratado com a devida solicitude, por falta de tempo, disponibilidade ou, simplesmente, de preparação dos profissionais. Apesar de não terem conhecimentos que lhes permitam avaliar alguns aspetos dos cuidados, os utentes têm capacidade para avaliar, sobretudo, a qualidade da relação interpessoal que se estabelece entre eles e a equipa de profissionais, nomeadamente com os enfermeiros, muito em especial no que se refere aos aspetos relativos à relação de ajuda. A componente humana e relacional assume um carácter essencial e decisivo na prática do enfermeiro, valorizando aspetos fundamentais na relação enfermeiro/utente, como a comunicação, a confiança e a empatia. É neste aspeto que devemos atuar e iniciar estratégias de mudança de atitude, primeiro em nós e depois, por extensão, na instituição.

Ao nível dos cuidados de enfermagem, obtém-se qualidade quando o profissional exerce as suas ações com conhecimento, habilidade, humanidade e competência para atender as necessidades de saúde e expectativas do indivíduo/utente (Adami, 2000).

De acordo com Mrayyan (2006, a satisfação do utente depende do nível ou grau em que os cuidados de enfermagem coincidam com as expectativas dos indivíduos em termos de arte de cuidar, qualidade técnica, ambiente físico, disponibilidade e continuidade dos cuidados e, ainda, a sua eficácia ou resultados.

Um dos desafios que hoje se coloca à enfermagem é o de conciliar a evolução técnica com a solicitude para com o outro. O cuidado é a capacidade de o ser humano colocar desvelo, solicitude, zelo e atenção nas coisas que faz e nas atitudes que toma. Ser solícito é ser lúcido e atento, é ser disponível e exigente, é ser tolerante, mas não passivo. É ser-se sensível e atento às dificuldades dos

outros, perceber a “obrigação” que se tem para com eles e ajudá-los face às suas necessidades.

De acordo com as recomendações da OE (2005), os indicadores de qualidade do exercício de enfermagem relativos à satisfação dos utentes devem contemplar a estrutura, o processo e os resultados, definindo-se para cada nível as respetivas dimensões e indicadores. A satisfação – dado que “é um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem, pelo facto de esta resultar de uma evolução positiva ou modificação operada no estado de diagnóstico de enfermagem após as intervenções” (OE, 2005, p.6) – foi considerada um indicador da qualidade e produtividade em enfermagem, na componente resultados.

A satisfação do utente é, assim, o resultado das boas práticas, ou seja, é o bem-estar do utente manifestado pela sua opinião positiva sobre a qualidade dos cuidados que lhe foram prestados.

Sendo a satisfação do utente um ganho em saúde, entende-se ser imprescindível a sua monitorização nas instituições e/ou pelos profissionais que se preocupam com a garantia da qualidade do serviço que prestam aos cidadãos, baseando-se nos padrões da qualidade como referência para a sua prática quotidiana, apelando a uma prática refletida e à necessidade de implementação de mudanças no sentido de um maior investimento na relação de parceria com o utente, direcionando os cuidados de enfermagem para as suas necessidades concretas, considerando o que é essencial à saúde do utente, as suas necessidades manifestadas, as suas escolhas e decisões de acordo com os projectos de saúde que este definiu para si próprio.

O desafio, tanto técnico quanto político-institucional, deveria ser, exatamente, criar dentro dos serviços uma praxis permanente e rotineira de utilização das informações sobre o utente para avanços na qualidade. E, sobretudo, elaborar práticas habituais que tivessem em consideração as dificuldades que, muitas vezes, os utentes têm de se “abrir” de maneira honesta aos profissionais, devido ao medo e insegurança com a continuidade dos cuidados, agravado em alguns casos pela baixa escolaridade e nível sócio-económico, com predomínio nos que utilizam os serviços públicos.

Como referimos anteriormente, se pretendemos prestar um serviço de qualidade, é fundamental ir ao encontro das expectativas dos utentes e, por isso, os estudos sobre a satisfação do utente dos serviços de saúde e a sua relação com a qualidade dos cuidados têm vindo a assumir particular relevância como área de investigação nas instituições de saúde. De acordo com Melo (2005), um grande

número dos “estudos que têm sido realizados sobre esta problemática, debruçam-se sobre o nível de satisfação do doente com os cuidados de saúde em geral, isto é, sem os relacionar com nenhum tipo de doença, ou episódio, ou com o atendimento em contextos específicos de saúde ou de doença” (p.69). No entanto, as publicações que temos encontrado levam-nos a pensar que, nos últimos anos, estes estudos não só têm aumentado, como têm sido direcionados para contextos mais variados e específicos.

Preparar prestadores de cuidados de enfermagem de qualidade tem sido, igualmente, um imperativo das organizações formativas portuguesas. A forte aposta na preparação teórica, técnica e relacional dos profissionais, tem sido reconhecida ao nível nacional e internacional, dada a sua procura por organizações europeias.

No entanto, e porque a enfermagem é uma profissão praticada por humanos, para e com os outros seres humanos, numa singular relação com cada um dos indivíduos cuidados, a prossecução de uma prática de qualidade deve manter-se gradativa, almejando-se a excelência, tendo em vista os ganhos que se podem obter na saúde dos utentes ao promover-se a aceitação do seu estado, a independência e a adaptação a uma nova condição de vida como no caso da população do nosso estudo. Entendemos que, como indicador da qualidade dos cuidados prestados, é para nós um imperativo conhecer até que ponto as mulheres que sofreram uma perda da gravidez se sentiram satisfeitas com o modo como foram cuidadas durante esse processo, muito concretamente no que respeita aos cuidados de enfermagem.

1.6 – *CARING*

A prática de enfermagem pressupõe uma relação de trabalho que tem sempre como objetivo a autonomia do utente, a adaptação a uma nova condição de vida ou, em última instância, a morte pacífica. No entanto, a evolução para intervenções altamente especializadas e tecnológicas tem contribuído para uma profunda despersonalização dos cuidados, nomeadamente os de enfermagem.

A qualidade dos cuidados atinge-se mais facilmente no domínio técnico, mas, apesar de todos os esforços, com maior dificuldade no domínio relacional. De acordo com Hesbeen, “a qualidade dos serviços prestados exige uma prática diferente, mais verdadeiramente dirigida ao cuidar” (2001, p.42).

Cuidar é estar “com”. Envolve muito mais do que, simplesmente tratar pessoas. Cuidar é tudo o que se organiza para que a vida continue, incluindo os

cuidados reparadores ou, em última instância, os cuidados paliativos para um fim de vida pacífico. É determinar com o utente os critérios que lhe permitem viver o melhor possível num período de maior fragilidade, atendendo às suas vivências e esperanças, ou seja, de acordo com as suas expectativas de saúde e de vida. Na ausência deste *cuidar*, os utentes sentir-se-ão perdidos. A pessoa fica reduzida ao seu limitado estatuto de paciente, como alguém que, simplesmente é visto como necessitando de prescrições para tratamento.

O crescente interesse que se tem verificado sobre a temática da perda da gravidez tem originado expectativas sobre o papel dos enfermeiros nos cuidados prestados a estas mulheres/família. São vários os estudos que reportam alguns aspetos sobre os quais as mulheres evidenciam um menor grau de satisfação. Murphy e Merrel (2009) analisaram vários estudos e relatam como exemplos – o tempo de espera por exames ecográficos, ou procedimentos cirúrgicos, escassa informação e aconselhamento, sensação de abandono e sensação de “evitamento” por parte dos profissionais. Num outro estudo, Mariutti, Almeida e Panobianco (2007) relatam que as mulheres entrevistadas referiram que os cuidados de enfermagem deveriam ir, necessariamente, para além dos procedimentos técnicos, acrescentando que “esse modelo era insuficiente para as assistir na íntegra”. Ainda segundo elas, a prática dos enfermeiros era caracterizada como “um modo técnico de fazer” (p.4). Dos seus discursos podia intuir-se sobre o facto de a atividade dos enfermeiros não dever cingir-se a olhar o corpo – biológico – como objeto do seu trabalho.

A influência que as relações interpessoais podem exercer ao nível do sistema imunológico está bem demonstrada na literatura. Segundo Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles e Glaser (2002a), ao longo dos últimos 20 anos de investigação surgiram dados suficientes para concluir que a modulação imunológica resultante dos stressores psicológicos, ou das intervenções, podem conduzir a muitas das atuais e, significativas alterações da saúde dos indivíduos. Estudos mais recentes têm confirmado o poder influenciador detido pelas relações interpessoais. Enquanto relações interpessoais de apoio, de incentivo se associam a uma melhor função imunológica, as relações interpessoais de proximidade, que são, predominantemente, stressantes ou abrasivas, podem desencadear emoções negativas, estados depressivos que conduzem a alterações imunológicas e endócrinas. Observam-se, assim, complexas interações entre os sistemas nervoso-central, endócrino e imunológico.

Contrariamente ao que antigamente era pensado, a comunicação entre o cérebro e o sistema imunológico não é só bidirecional, mas sim um fluxo multidirecional de informação, através de hormonas, neurotransmissores /neuropeptídeos e citocinas e, quando o indivíduo responde a um estímulo stressor, todos estes sistemas interagem e reagem (Kiecolt-Glaser, et al., 2002b).

Segundo Blalock e Smith (2007), o sistema imunológico pode, mesmo, ser considerado o “sexto sentido”. Contudo, autores como Evans, Clow e Hucklebridge (2000, *cit in* Halldorsdottir, 2008) lembram a importância de se olhar o indivíduo como um todo e não como um conjunto de sistemas como o endócrino, o cardiovascular ou o imunológico, tendo em conta que quando respondem a um evento, ou situação, o fazem com todo o seu corpo e mente, numa integral ligação.

As emoções negativas podem intensificar uma diversidade de ameaças à saúde, dado que a produção de citocinas pró-inflamatórias, que influenciam uma variedade de doenças, pode ser estimulada por emoções negativas e experiências stressantes (Kiecolt-Glaser et al., 2002a). Na opinião destes autores, recursos como o suporte relacional contribuem para a redução das emoções negativas e para a recuperação e melhoria da saúde, através do seu impacto positivo na regulação imunológica e endócrina.

A prática profissional dos enfermeiros com mulheres em situação de perda da gravidez deveria orientar-se, não só para as manifestações somáticas, mas igualmente para a compreensão das emoções e dos sentimentos expressos pelas mulheres que, por serem individuais, só podem ser compreendidos no contexto do significado que a gravidez tinha para cada uma delas.

Carl Rogers (1985), um expoente na teoria humanista, desenvolveu um modelo de psicoterapia centrado na pessoa, que enfatizava a unicidade do indivíduo. O maior contributo de Rogers para a prática da enfermagem foi essa visão, essa compreensão de que cada utente é único, singular. Assim, os cuidados centrados na pessoa foram-se tornando prática.

No âmbito da corrente humanista e, nomeadamente, no campo da enfermagem, Madeleine Leininger, nos anos setenta, impulsionou uma outra visão do cuidado humano, propondo uma forma de cuidar congruente com os valores, crenças e práticas culturais – o que designou de enfermagem transcultural –, que fosse segura e significativa para as pessoas com culturas diversas. A existência desta multiplicidade e universalidade cultural na prática de cuidar, embora conhecida e compreendida, precisa de estar presente no quotidiano dos

enfermeiros para que estes possam atender os indivíduos de forma satisfatória e humanista (Oriá, Ximenes e Alves, 2005).

A dinâmica do relacional, do cuidado humano-a-humano, as práticas e as variadas modalidades terapêuticas para cuidar e recuperar parecem eclipsadas pelas rotinas diárias, mecânicas, e pelas questões de gestão econômica, físicas e tecnológicas dos cuidados. O “centro” das mudanças, necessárias para a renovação e transformação, parece ser dependente da dimensão humana e das habilidades que reabilitem padrões de comunicação e de profundidade nas relações enfermeiro-utente.

Atualmente observa-se cada vez mais uma tendência para que as interações pessoais sejam secundarizadas. Vivemos num mundo em que as palavras são cada vez menos. Predomina a imagem. Valoriza-se a razão que se sobrepõe à emoção. No entanto, tratando-se do relacionamento enfermeiro-utente, a comunicação assume-se como um dos mais importantes aspetos influenciadores da qualidade dos cuidados. Por outro lado, e como nos refere Hesbeen (1998), a comunicação não pode ser confundida com *circulação de informação*. Segundo ele “comunicar requer humildade, para que não haja a tentação de persuadir, mas requer também simplicidade, tanto nos comportamentos como na linguagem utilizada. Embora o recurso a palavras complicadas, ou pouco utilizadas, possa revelar uma certa erudição, elas raramente favorecem a verdadeira comunhão de um certo número de ideias” (p. 97).

A comunicação, tradicionalmente, faz-se com o recurso à linguagem verbal. No entanto, a linguagem não verbal, através da expressão facial, contacto visual, tom de voz, forma como o profissional se apresenta, possibilidade do contacto físico e toque são requisitos indispensáveis para uma boa relação enfermeiro-utente, na prática de cuidar.

Segundo Askinazi (2004, *cit in* Halldorsdottir, 2008), precisamos de estar cientes não só do que de positivo advém de uma relação afetuosa (*caring*⁶) na prestação de cuidados, mas, também, da natureza negativa resultante da sua ausência, sabendo que esta dinâmica se aplica ao utente e ao enfermeiro. No

⁶ *Caring* na sua tradução para português significa afetivo, generoso, atencioso, caridoso. *Caring*, como ciência, fundamenta-se na ação relacional e engloba todas as formas de saber, estar e fazer. Atendendo à abrangência do termo e, de acordo com o nosso contexto, utilizá-lo-emos, por vezes, na versão inglesa.

No domínio da Enfermagem, o uso deste termo reporta-se à *Theory of Human Caring* desenvolvida por Jean Watson e, em nossa opinião, significa uma forma especial de Cuidar, ou seja, numa relação afetuosa, atenciosa para com o outro, em oposição a um Cuidar indiferente (*Uncaring*).

entanto, Halldorsdottir (2008) lembra que a existência de uma relação no cuidar, ou a sua ausência, não devem ser consideradas realidades alternativas.

De acordo com este autor (*ibidem*), há, pelo menos, cinco formas básicas de estar com o outro:

- “life-giving” (biogénica), no sentido estimulante, inspirador, em que o indivíduo intensifica a individualidade do outro (o outro enquanto pessoa), ligando-se ao verdadeiro interior do outro de uma forma que gera vida;
- “life-sustaining” (bioativa), em que o indivíduo apoia e reconhece a individualidade do outro (o outro como pessoa), mas não estabelece a ligação interior da forma “life-giving”;
- “life-neutral” (biopassiva), em que o indivíduo não afeta o outro ou o seu modo de estar;
- “life-restraining” (forma bio-estática), no sentido neutralizante, em que o indivíduo é indiferente ou alheio ao outro, provocando-lhe desânimo, ou desconforto, e afetando negativamente o seu bem-estar;
- “life-destroying” (biocídica⁷), em que o indivíduo despersonaliza o outro, anula a sua alegria de viver e aumenta a sua vulnerabilidade (p. 650).

Esta última forma de estar, ou de se relacionar com o outro, provoca angústia e desespero, magoando e distorcendo o outro. Representa uma transferência de energia negativa e é comum em todos os atos de violência.

O mesmo autor refere que nos estudos que efetuou, tendo por base a relação enfermeiro-utente, salienta-se a opinião positiva dos utentes face à relação que estabeleceram com os enfermeiros que apresentaram um forma de estar “life-giving”. Referiram que os enfermeiros que cuidavam com afeto e que eram competentes e conhecedores (sábios), os tratavam como pessoas e comunicavam de uma forma que os fazia sentirem-se aceites como seres humanos, e que isso os ajudava a sentirem-se melhores consigo mesmos e com o facto de estarem num hospital. Essa relação que se estabeleceu devolveu-lhes a esperança e o otimismo,

⁷ Do inglês *Biocidic*. Embora o termo não se encontre em dicionários de inglês e português, é referido em trabalhos científicos para designar substâncias químicas que destroem as células, nesse sentido, a vida.

encorajou-os e aumentou-lhes a sensação de segurança e confiança. Relataram, ainda, um efeito positivo na sua sensação de bem-estar e na sua recuperação.

Contrariamente, os utentes que foram cuidados por enfermeiros de uma forma mais indiferente, ou distante (*uncaring*), manifestaram que esse afastamento se acompanhou de limitada comunicação e colaboração e insuficiente ou nula negociação dos cuidados, não se desenvolvendo qualquer tipo de relacionamento entre ambos, tornando-se difícil para eles partilharem os seus sentimentos e receios.

Os utentes que, na sua situação de vulnerabilidade e dependência, esperam ver concretizadas as expectativas de serem cuidados com competência e sabedoria, numa relação de proximidade e afeto, parecem, em nosso entender, ampliar as suas reações ou respostas face aos aspetos quer positivos, quer negativos, da forma como são cuidados.

Tal como referimos anteriormente, a relação no cuidar é bidirecional. Para além dos benefícios sentidos pelos utentes, também os enfermeiros que nela se empenham têm os seus, na medida em que podem sentir que são um contributo importante na recuperação do outro, valorizam mais o seu trabalho ao mesmo tempo que recebem o reconhecimento dos utentes e dos outros profissionais, obtêm deles maior colaboração e, no caso dos utentes, compromisso e adesão ao tratamento, aumentam a sua auto-estima, referem crescimento pessoal, satisfação e perceção de bem-estar. Podem constituir modelos para outros colegas e, todos estes fatores são favorecedores de um maior compromisso no seu próprio desenvolvimento e formação quer ao nível profissional, quer pessoal, quer, mesmo, institucional (Finfgeld-Connett, 2007).

Jean Watson (2002), discípula da teoria humanista, afirmou que “a profissão de enfermagem não tem chegado para abarcar a natureza do seu trabalho para e com a humanidade” (p. 2). Ela, que em 1979 desenvolveu a *Theory of Human Caring*, tem sido uma investigadora incansável em afirmar como crescente o corpo de evidência empírica que sustenta que a qualidade da relação com o utente é o elemento mais importante na determinação da eficácia na ajuda prestada. O desenvolvimento dessa relação é um elemento básico para se atingir um cuidar de excelência. Para que isso aconteça, é fundamental que o enfermeiro conheça o *outro*. Watson (2003) realça que o enfermeiro deverá questionar-se sobre a forma como olha para o outro indivíduo – como um objeto a ser tratado, manipulado, ou como um ser humano a ser compreendido e cuidado.

Precisamos de expandir a nossa visão das práticas, considerando aspetos do nosso trabalho – não mensuráveis e, por vezes, pouco objetivos em termos monetários, mas que também trazem ganhos em saúde, uma vez que favorecem a relação, o restabelecimento e a adaptação dos indivíduos – como éticos, filosóficos, de valores, crenças, intenções ou o cuidar consciencioso, pois eles simbolizam a nossa humanidade⁸. Devemos dar-lhes a mesma atenção que dispensamos às “doenças do corpo”, às atividades mais técnicas e de gestão.

A prática da enfermagem deverá restaurar as competências ontológicas, indispensáveis para a sua sobrevivência e crescimento como profissão distinta para cuidar e reabilitar os indivíduos (Watson, 2002). A teoria de Watson transporta-nos às raízes e valores da profissão. Representa o arquétipo da enfermeira ideal. Direciona a identidade profissional para um contexto humanístico onde os valores são constantemente questionados e revistos (Duquette & Cara, 2000).

Na sua teoria, Watson descreveu a essência (*core*) da enfermagem como sendo “aqueles aspetos da enfermagem que verdadeiramente potenciavam os processos terapêuticos de restabelecimento e as relações interpessoais; eles afetam quem cuida e quem é cuidado” (1997, *cit in* Sitzman, 2002, p.119). Esta teórica é uma das poucas a considerar não só aquele que é cuidado, como o próprio cuidador. Promover e aplicar estes valores na prática quotidiana torna-se essencial para a saúde dos enfermeiros, na medida em que dá um sentido ao seu trabalho e aumenta a auto-estima (Cara, 2003).

A sua conceção humanística, existencial e metafísica dos seres humanos, aliada à relação de cuidar transpessoal, constituem o pilar da sua conceção sobre o processo saúde/doença/recuperação. De acordo com Watson, cada indivíduo tem potencial para se restabelecer/recuperar e os enfermeiros devem ajudar as pessoas a atingir altos níveis de equilíbrio, através dessa relação de cuidar transpessoal (Watson, 1997, *cit in* Falk Rafael, 2000).

Apesar de considerar que essa forma de cuidar (*Human Caring*) é baseada em valores como amabilidade, bondade, interesse, preocupação e carinho pelos outros, Watson diferencia altruísmo de sacrifício e descreve-o como uma forma dos enfermeiros estarem autenticamente presentes com os utentes (*ibidem*). Ainda de acordo com a autora, este altruísmo humanista integra o sistema de valores que se adquire no início da vida, mas que continua o seu desenvolvimento através das

⁸ O conceito de Humanidade foi definido por Albert Jacquard, em 1987. Como filosofia de cuidados deve-se a Yves Gineste (2008) e Rosette Marescotti.

O ser humano tem faculdades, características, necessidades específicas dos seres humanos, modos particulares de satisfazer os seus desejos e necessidades, que não sendo respeitados e impedindo-o de usar essas faculdades, de as desenvolver, conduz a alterar ou destruir a sua humanidade.

interações com os pais, familiares, amigos e outros, incluindo os educadores/formadores de enfermagem, e influenciado pelas experiências de vida. Esses valores podem também desenvolver-se promovendo a introspecção e a consciencialização.

Os grandes elementos em que Watson (2001) baseou a sua teoria foram 1) os *carative*⁹ fatores, 2) a relação de cuidar transpessoal, e 3) o momento/ocasião de cuidar. Ao longo dos anos, a teoria foi evoluindo e, atualmente, os *carative* fatores foram substituídos pelo processo *Caritas*¹⁰, que se caracteriza por:

- instalar uma prática da amabilidade e da serenidade num contexto de cuidar consciencioso e solidário;
- estar, autenticamente, presente e ativar e manter o sistema de crença profunda e subjetiva do mundo, da vida, de si e do ser que é cuidado;
- desenvolver a sua própria espiritualidade e a sua transpessoalidade, indo além do ego, abrindo-se para os outros com sensibilidade e compaixão;
- desenvolver e manter uma relação de ajuda e confiança, numa relação de cuidado autêntica;
- estar presente para, e apoiar, a expressão de sentimentos positivos e negativos, numa conexão entre si e o utente;
- permitir-se o uso criativo de si mesmo e de todas as formas de conhecimento, como parte do processo de cuidar;
- comprometer-se numa experiência de ensino/aprendizagem genuína que atenda à unidade e significado do ser;
- criar um ambiente de cura em todos os níveis (físico e não físico), um ambiente subtil de energia e consciência em que a estética, o conforto, a dignidade e a paz são potenciados;

⁹ Não encontramos tradução em português para este termo. Watson usou-o por contraste com o termo médico *curative factors*. Marca a diferença entre Curar (*To cure*), ou Tratar, e Cuidar (*To care*). Segundo a autora, é um conjunto de elementos que designa a elevada dimensão humana do trabalho dos enfermeiros face ao mundo interior e subjetivo das experiências dos que são cuidados (Nelson & Watson, 2012).

¹⁰ *Caritas*, termo originário do Latim, significa “cuidar ou tratar com carinho, com especial atenção”. Dada a sua especificidade e, de acordo com o contexto, poderemos, por vezes, usar o termo original.

- assistir nas necessidades básicas, com uma consciência solidária intencional, proporcionando um equilíbrio entre mente, corpo e espírito;
- proporcionar abertura para cuidar do outro atendendo à dimensão espiritual e existencial do indivíduo (Watson, 2001, p. 347).

A relação de cuidar transpessoal visa proteger, promover e preservar a pessoa na sua dignidade, humanidade, integridade e harmonia interior. Esta relação descreve o modo como os enfermeiros vão além das intervenções para assistir ou tratar dos utentes, alargando o foco de atenção para as perspetivas e significados que cada indivíduo tem sobre os seus próprios processos de vida, de saúde ou de doença.

O momento, ou a ocasião de cuidar, é aquele em que enfermeiro e utente se encontram verdadeiramente disponíveis e comprometidos para uma transação humana de dar e receber. Conhecer o utente, a sua relação com o mundo e com o ambiente que o rodeia, a sua relação com os familiares, o seu contexto de vida, os seus hábitos, torna-se crucial para estabelecer uma relação de cuidar. Para Watson (*ibidem*), a mente é o ponto de acesso ao corpo e ao espírito.

A esperança é um conceito complexo. Em enfermagem, manter e promover a esperança em situações de stresse, desconforto, inadaptação e dependência torna-se um objetivo primordial.

O valor da promoção da esperança relaciona-se com o poder terapêutico da recuperação, da cura. Uma atitude de esperança está descrita como tendo um efeito importante nos processos de restabelecimento e cura. Este facto levou a que Watson considerasse este conceito na sua *Caring Theory*, tornando-se um significativo componente no processo *Caritas*.

Na relação de *caring*, os simples gestos de amabilidade, paciência e compaixão são tidos como importantíssimos. A esperança oferece uma perspetiva ou probabilidade para o futuro, qualquer que ele seja. A esperança promove vitalidade e coragem. Ela pode devolver a “força viva” num momento difícil da vida, ajudando a que os indivíduos se empenhem num processo de auto-recuperação (Maserà, 2008, *cit in* Nelson & Watson, 2012).

Neste processo (*caring*), é fundamental a existência de enfermeiros considerados “peritos”, que intervenham protegendo os utentes, mas empoderando-os em simultâneo. Possuidores de elevado grau de maturidade que lhes permitam intervir a um nível não só físico e psicossocial, mas também espiritual. Com competências que os ajudem a ser firmes quando é necessário recorrer a

procedimentos pouco agradáveis para o utente, ou informar sobre aspetos indesejados. Detentores de uma robustez psicológica, que lhes permita conviverem com as relações de proximidade com o sofrimento humano, mas com a distância necessária para o seu próprio equilíbrio mental. Capazes de gerirem situações de vulnerabilidade com ética e responsabilidade (Finfgeld-Connett, 2007).

A enfermeira perita é aquela que “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58).

Finfgeld-Connett, no seu estudo, concluiu que os enfermeiros capazes de desenvolver esta forma de cuidar (*caring*), são retratados como criativos, arrojados, assertivos e capazes de empoderar os utentes para que assumam eles próprios os seus cuidados. Observou, ainda, que esta prática profissional contribuiu para uma melhoria ao nível da saúde mental dos enfermeiros.

Uma outra investigadora de relevo, prosequutora do *caring*, tem sido Kristen Swanson. Tendo por base o trabalho das várias teóricas humanistas, particularmente Watson, desenvolveu uma teoria de médio alcance com base em estudos fenomenológicos que decorreram em três contextos: 1) com mulheres em situação de abortamento, 2) com um grupo de pais com filhos numa unidade de cuidados intensivos neonatais e 3) com um grupo de mulheres com gravidezes de alto risco.

Swanson (1999a) define *caring* como “uma forma crescente de se relacionar com um outro significativo, pelo qual nos sentimos pessoalmente empenhados e responsáveis” (p. 289).

Numa perspetiva idêntica à de Watson, na teoria de Swanson também sobressai a ideia de que a capacidade que os indivíduos possuem para encontrarem um sentido para determinado evento, para o integrarem nas suas vidas, e para experienciarem bem-estar, será reforçada se eles forem cuidados por enfermeiros conhecedores das respostas humanas para o problema que evidenciam.

Swanson (1999a) identificou cinco fatores terapêuticos (*caring factors*):

- *Conhecer* – compreender o significado que a experiência tem para o outro;
- *Estar com* – estar emocionalmente presente; implica envolvimento emocional e partilha de sentimentos;
- *Fazer por* – implica fazer pelo outro aquilo que ele faria se lhe fosse possível;

- *Possibilitar/Capacitar* – incrementar a capacidade do outro para crescer e/ou ser autônomo, informando ou ensinando, facilitando a resolução e validando;

- *Manter a esperança/crença* – ajudar o outro para ultrapassar o evento ou transição e encontrar sentido no futuro, acreditando no seu potencial.

Esta teoria contribui para a consolidação de uma prática de enfermagem em que se valorizam as transações dinâmicas de humano para humano, com tudo o que elas comportam, mas também os conhecimentos científicos, o empenhamento, os valores humanos, o compromisso pessoal, social e moral dos enfermeiros que, no fundo, enformam um cuidar de excelência.

Teoria e prática estão intimamente dependentes. Uma teoria é um conjunto de conceitos que se relacionam e que dão uma visão sistematizada de um fenômeno, ou um evento, explicativo e prenunciado na natureza. As teorias proporcionam fundamentos para a prática da enfermagem. Ajudam-nos a perceber o que conhecemos e o que precisamos de conhecer.

A existência de um corpo teórico definido, no nosso estudo, ajudar-nos-á a compreender quais os melhores cuidados a prestar, no âmbito do modelo que queremos construir para ajudar as mulheres a ultrapassarem a perda da gravidez. De acordo com o nosso contexto, a teoria de médio alcance de Swanson orientará o desenho do nosso modelo de intervenção em enfermagem.

2 – MATERIAL E MÉTODOS

Ultrapassar um evento como a perda de uma gravidez, tal como referimos anteriormente, depende, em grande parte, das capacidades individuais de cada mulher e do seu companheiro, bem como das estratégias de *coping* que a seu modo utilizam, individualmente e como casal. No entanto, uma boa rede de suporte em cuidados de saúde, nomeadamente cuidados de enfermagem, pode ter um impacto importante na recuperação da perda, e numa transição saudável. Os profissionais, compreensivelmente, tendem a providenciar cuidados com base naquilo que consideram importante para os seus clientes, o que nem sempre está de acordo com as suas necessidades. Por variadas razões, eles apresentam grande dificuldade em falar delas. O reconhecimento deste facto é fundamental para que se prestem cuidados sensíveis às necessidades em saúde e de modo a obter ganhos em saúde.

Os ganhos em saúde são os resultados positivos nos indicadores de saúde e, de acordo com o Plano Nacional de Saúde (PNS), traduzem-se por anos de vida, pela redução de episódios de doença, ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física ou psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde. (Ministério da Saúde, 2000 *cit in* PNS, 2012a, p. 2)

Da avaliação externa do PNS referente ao período de 2004-2010, salientou-se, ainda, uma escassa avaliação dos cuidados em Portugal e a exigência de melhoria em algumas áreas, nomeadamente na qualidade dos cuidados (PNS, 2012b). Na sua visão para o período de 2012-2016, recomenda que as instituições assumam a melhoria contínua da qualidade como uma cultura e, ainda, que a formação e a avaliação dos profissionais se centre na melhoria contínua da qualidade. No documento é referido que os profissionais de saúde “devem assegurar a procura de uma visão da qualidade em saúde (...) promovendo e assumindo práticas e competências de melhoria contínua” (*ibidem*, p. 17).

Promover uma cultura de melhoria contínua da qualidade inclui projetar o seu desenvolvimento tendo em conta envolventes como: a) a promoção da cadeia de valor em saúde, ou seja, os processos que levam a uma maior obtenção de ganhos face ao investimento efetuado; b) as etapas de melhoria contínua da qualidade, mediante a identificação sistemática dos pontos críticos, dos problemas e de oportunidades, visando a sua resolução ou melhoramento, planeando e implementando mudanças; c) a monitorização e avaliação, nomeadamente a identificação e avaliação de boas práticas.

Com este estudo, pretendemos contribuir para o aprofundamento do conhecimento sobre as intervenções de enfermagem facilitadoras da recuperação após a perda involuntária da gravidez, e cooperar na obtenção de ganhos em saúde das mulheres que enfrentam esta situação.

O nosso trabalho desenvolveu-se de forma a dar resposta aos seguintes objetivos:

- avaliar o processo de luto nas mulheres, depois do primeiro mês pós-perda involuntária da gravidez;
- avaliar a perceção de bem-estar psicológico que as mulheres referem após o primeiro mês pós-perda involuntária da gravidez;
- identificar as estratégias de *coping* utilizadas pelas mulheres pós-perda da gravidez;
- analisar as necessidades em cuidados nas mulheres que sofreram uma perda involuntária da gravidez;
- desenvolver um modelo de intervenção que oriente as práticas de cuidar as mulheres/casal/família em situação de perda involuntária da gravidez e potencie uma transição saudável.

Considerando a evidência sobre a temática e a problemática do nosso estudo, – dado que nos situamos num quadro de análise, hipotético explicativo, de processos e dinâmicas, através do qual pretendemos interrogar a realidade, para que o possamos reformular e acrescentar e, simultaneamente, procurarmos novos dados empíricos (Guerra, 2010) –, não nos parece haver lugar para a elaboração de “hipóteses de pesquisa”, no sentido tradicional do conceito, “decorrendo do facto de o investigador não ter necessariamente um conjunto de assunções bem desenvolvidas” (Ribeiro, 1999). Elaborámos, no entanto, para orientação no nosso trabalho, algumas questões de investigação com carácter descritivo e exploratório:

- 1) – Como percecionam as mulheres o seu luto?

2) – Como percebem as mulheres o seu bem-estar psicológico, um mês após a perda involuntária da gravidez?

3) – Que estratégias de *coping* utilizam as mulheres após a perda involuntária da gravidez?

4) – Quais as necessidades sentidas pelas mulheres em situação de perda involuntária da gravidez?

5) – Será que as necessidades expressas pelas mulheres são sensíveis aos cuidados de enfermagem?

6) – Quais as intervenções de enfermagem que podemos implementar para ajudar na resolução do luto e numa transição saudável?

Neste capítulo, propomo-nos relatar todo o procedimento científico em que se baseou a nossa investigação, pois, parafraseando Almeida e Freire (1997), os dados analisados numa investigação dependem de quem é observado (sujeitos do estudo), através de que meios foram observados (instrumentos) e de como as observações foram conduzidas (procedimentos), pelo que descreveremos a nossa decisão relativamente a cada um destes aspetos.

2.1 – MÉTODO

A problemática da perda involuntária da gravidez tem sido pouco investigada entre nós. Encontrámos muitos estudos publicados, mas efetuados em outros países e culturas. Também não encontrámos instrumentos, traduzidos e validados para a população portuguesa, que nos permitissem a avaliação do luto, quer pela gravidez quer pelo “bebé”, assim como do bem-estar, sem que estivessem associados a situações de depressão. A literatura recomenda a utilização de instrumentos fiáveis, cujos resultados possam ser comparados internacionalmente. Além da adaptação transcultural, é fundamental a validação das suas propriedades métricas, nas diferentes populações em que se utilizam esses instrumentos. Por este motivo, o nosso estudo implicou a tradução e validação dos instrumentos que considerámos como adequados.

A qualidade de qualquer investigação depende de forma considerável da fidelidade e da validade dos instrumentos de medida utilizados. Estes aspetos assumem-se assim como qualidades fundamentais de qualquer instrumento.

O estudo metodológico segue etapas diferentes de outros métodos investigativos. De acordo com Fortin, Côté e Fillion (2009), “define-se mais como

uma estratégia em várias etapas, tratando da elaboração ou validação de um instrumento de medida recém-criado ou traduzido de uma outra língua” (p. 255).

De forma a garantirmos a fidelidade e validade das escalas que pretendíamos utilizar efetuámos os necessários e respetivos estudos metodológicos. As decisões de cariz metodológico tiveram em vista o problema em estudo, os objetivos e as questões de investigação formuladas, de forma a viabilizarem a compreensão do fenómeno. Investigar este tipo de fenómeno significa, para nós, perceber de que forma os sujeitos interpretam as suas experiências, que significado e que implicações elas têm nas suas vidas. Uma função descritiva do fenómeno que, posteriormente possa aumentar o conhecimento, ser posta ao serviço das pessoas e do sistema de qualidade em saúde, orientou o nosso método de trabalho para a recolha de informação.

Neste sentido, desenvolvemos um estudo misto, onde a abordagem qualitativa nos pareceu adequada ao nosso propósito de procurar uma representatividade social, mais do que estatística. No entanto, associados ao evento negativo da perda da gravidez há elementos que podemos perceber e comparar melhor, quantificando-os através da utilização de instrumentos construídos e validados para o efeito. Assim, recorreremos a uma abordagem quantitativa para a avaliação do luto e do bem-estar psicológico da mulher.

Este trabalho, na sua totalidade, congregou vários estudos que se integraram e desenvolveram ao longo das seguintes fases (figura 3):

Fase I – desenvolvemos dois estudos para adaptação e validação dos instrumentos de medida: tradução, adaptação cultural e validação da *Perinatal Bereavement Grief Scale* (PBGS) para a língua e população portuguesas, e validação da versão portuguesa do *Well-being Questionnaire 12* (W-BQ12);

Fase II – efetuámos dois estudos de natureza quantitativa para avaliarmos o luto e a perceção de bem-estar que as mulheres manifestavam quatro a oito semanas pós perda involuntária da gravidez;

Fase III – com o recurso a entrevistas telefónicas e presenciais que nos permitiu perceber como foi experienciada a perda pelas mulheres, identificar o grau de satisfação com os cuidados recebidos e, ainda, identificarmos quais as necessidades, sensíveis aos cuidados de enfermagem, das participantes do nosso estudo;

Fase IV – tendo por base os resultados do nosso estudo, bem como de outros estudos documentados, e a pesquisa bibliográfica, elaborámos um modelo de intervenção de enfermagem.

Figura 3 - Desenho da investigação



2.2 - INSTRUMENTOS

De forma a atingirmos os nossos objetivos e, ainda, com base na revisão que efetuámos da literatura escolhemos *The Perinatal Bereavement Grief Scale*¹¹ (PBGS) para avaliar o luto perinatal, e *The Well-being Questionnaire 12* (W-BQ12) para inquirir sobre o bem-estar psicológico. Para percebermos qual a satisfação com os cuidados recebidos e quais as necessidades em cuidados que estas mulheres referem após a perda, recorremos a entrevistas, com guião semi-estruturado.

¹¹ As palavras *bereavement* e *grief* traduzem-se ambas por luto, em português, dado que não temos um termo específico para *bereavement*. Optámos por manter o nome da escala na língua inglesa, porque o nome traduzido em português poderia ser confundido com a tradução do nome de uma outra escala, a *Perinatal Grief scale*.

2.2.1 - Perinatal Bereavement Grief Scale

A *Perinatal Bereavement Grief Scale* foi desenvolvida por Richard Neugebauer do New York State Psychiatric Institute and Columbia University, USA, (Neugebauer, 1987; Ritsher & Neugebauer, 2002), e destina-se a avaliar o luto e o anseio, ou saudade, pela gravidez e pelo “bebê” perdidos.

Analisámos alguns instrumentos que encontramos descritos na literatura estrangeira, dado que, sobre esta temática, partilhamos a opinião de Loureiro, quando diz que “escasseiam os instrumentos, quer criados de raiz, quer os traduzidos e adaptados de língua inglesa para português” (2010, p. 102). De um modo geral, todos eles abrangem um leque variado de reações à perda perinatal que incluem a depressão, a raiva, a culpa, a espiritualidade, ou as respostas sociais. Por outro lado, todos nos pareceram muito direccionados para as perdas perinatais, envolvendo as gravidezes tardias, os nado-mortos ou as mortes pós parto.

A nossa opção por esta escala deveu-se ao facto de ela ser específica para avaliar o luto pelas perdas envolvidas, feto e gravidez, valorizando ambas e permitindo, igualmente, ser usada em situação de perdas de gravidez precoces.

A escala apresenta-se sob a forma de afirmações e pretende-se que as participantes respondam sobre a frequência, e não a intensidade, em que ocorreram na última semana, usando uma escala tipo Likert de 4 pontos, em que o valor 1 corresponde a “raramente” ou “nunca” (menos de 1 dia), o valor 2 corresponde a “às vezes” (1 a 2 dias), o valor 3 a “muitas vezes” (3 a 4 dias) e o valor 4 a “sempre” ou “quase sempre” (5 a 7 dias).

Engloba 15 itens. Do item 1 ao 7, as afirmações relacionam-se com a perda da gravidez, o item 8 pretende avaliar a resposta física à perda e deve ser invertido na sua análise, o item 9 e seguintes, até ao 15, relacionam-se com a perda do “bebê”.

O score da PBGS é uma soma aritmética simples dos scores individuais dos itens e pode variar entre 15 e 60. Quanto mais elevado for o score mais intensa será a manifestação de luto, ou seja, um luto menos resolvido.

Processo de tradução, adaptação cultural e validação

Dado que este instrumento não se encontrava traduzido, adaptado culturalmente, nem validado para a população portuguesa, propusemo-nos realizar esse trabalho mediante a autorização do autor (Anexo I).

De entre os vários autores que nos falam do método a seguir na tradução e adaptação cultural de instrumentos, optámos por seguir os princípios propostos pela ISPOR (*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*) apresentados por Wild e colaboradores (2005):

1) Preparação – procedemos aos contactos necessários, junto do autor, no sentido de obter permissão para a tradução e adaptação da escala.

Analisámos cuidadosamente a escala no sentido de percebermos todos os conceitos envolvidos.

Contactámos tradutores experientes e com conhecimentos da área temática. Escolhemos dois, pois de acordo com os princípios orientadores da ISPOR este é o número considerado mínimo.

Clarificámos com os tradutores, individualmente, tudo o que pretendíamos, explicando objetivos, analisando conceitos e esclarecendo dúvidas.

2) Tradução – do inglês para a língua portuguesa.

3) Reconciliação – com o intuito de se resolverem quaisquer discrepâncias, as duas traduções foram, cuidadosamente, analisadas numa reunião por um painel de peritos de que fazia parte a investigadora principal e cinco especialistas na área da saúde materna e obstetrícia, todos conhecedores da língua inglesa. Foi escolhida aquela cujos termos melhor se adaptavam culturalmente à população portuguesa.

Desta análise emergiu uma primeira versão em português da PBGS.

4) Retroversão – de acordo com o princípio que seguimos para a tradução, também aqui recorreremos a dois outros tradutores, independentes, para fazerem a retroversão.

As duas retroversões apresentaram-se, na globalidade, muito próximas da versão original.

5) Revisão da retroversão – as duas retroversões foram enviadas ao autor da escala para que desse a sua opinião quanto à sua proximidade à escala original.

O autor mostrou grande apreço pelo trabalho efetuado, manifestando que a escala podia perfeitamente ser usada como se apresentava. Clarificou um ou outro conceito, o que nos ajudou na escolha dos termos mais adequados.

6) Harmonização – a versão definitiva da escala foi elaborada pela investigadora principal e, ainda, revista por um dos tradutores, conhecedor da linguística americana.

Amostra

Para a validação da versão portuguesa da PBGS recorremos a uma amostra de conveniência. Das 161 mulheres contactadas obtivemos uma amostra de 100.

Com recurso à estatística descritiva (medidas de tendência central e de dispersão) analisámos as características da amostra.

A média da idade das participantes (tabela 1) era de 31,59 anos (DP=5,96; intervalo 17- 44).

Tabela 1 - Distribuição da amostra de acordo com a idade e dados obstétricos

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Intervalo
Idade	31,5	31	5,9	17-44
Número de dias pós perda	36,3	36	6,1	28-63
Idade gestacional em que ocorreu a perda	10,3	10	3,5	04-22
Número de filhos	0,6	0	0,7	0-2

Relativamente ao estado civil 77% eram casadas, 17% viviam em união de facto, as restantes 6% incluíam solteiras e separadas (tabela 2). A idade gestacional média em que ocorreu a perda era de 10,37 semanas (DP=3,59). Para 34% das mulheres esta era a primeira gravidez. Quanto às 60% que responderam à questão sobre o número de gestações anteriores, verificou-se uma média de 2,29 gestações (DP=0,74). No que se refere aos filhos, o número médio era de um filho para cada duas mulheres.

Tabela 2 - Distribuição da amostra de acordo com o estado civil, a gestação e a sua aceitação

Variáveis		n/%
Estado civil	Casada	77
	União de facto	17
	Solteira	6
Gestação	Primigesta	34
	Multigesta	66
Aceitação da Gestação	Sim	94
	Não	6
Total		100

Sobre o facto de a gravidez ter sido planeada, 75% (n=75) responderam sim.

Para 90% (n=90) das inquiridas, esta tinha sido uma gravidez aceite, enquanto as restantes 6% (n=6) que não a aceitaram, especificam como causa: não ter sido aceite no início; nunca ter sido aceite; só saberem da gravidez no momento do abortamento.

Do total das participantes, 61% passaram por um processo natural de expulsão do produto de concepção, enquanto 39% necessitaram de algum tipo de ajuda cirúrgica.

Quanto à distribuição das participantes em função da ocupação profissional, recorreremos à Classificação Portuguesa das Profissões (CPP) de 2010, publicitada pelo Instituto Nacional de Estatística (2011), cujos dados se configuram na tabela 3.

Podemos dizer que o maior número das nossas participantes se inclui no grupo profissional de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (n=28, 28%), logo seguido do grupo de especialistas das atividades intelectuais e científicas (n=26, 26%), do grupo de pessoal administrativo (n=14, 14%) e do grupo de trabalhadores qualificados, da indústria, construção e artífices (n=13, 13%).

Tabela 3 - Distribuição das participantes em função da profissão

Atividade Profissional	n/%
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	1
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	26
Técnicos e profissões de nível intermédio	2
Pessoal administrativo	14
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	28
Trabalhadores qualificados, da indústria, construção e artífices	13
Trabalhadores não qualificados	4
Estudante	4
Desempregada	6
Doméstica	2
Total	100

Nesta tabela estão incluídos três grupos (estudante, desempregada e doméstica), que não correspondendo à CPP, foram incluídos no estudo. Salienta-se como relativamente baixo, na nossa amostra, o número de desempregadas, estudantes e domésticas.

Resultados

Com o intuito de se avaliarem as características métricas da PBGS na versão portuguesa, na amostra populacional do nosso estudo, efetuou-se a avaliação da estrutura dimensional e da confiabilidade.

Validade de construto

Com vista a melhor conhecermos a forma como os conteúdos da escala se organizavam conceptualmente, procedemos à análise exploratória dos componentes principais, tendo como critério único que os fatores extraídos apresentassem um *eigenvalue* superior a 1.

Tabela 4 – Análise dos componentes principais da PBGS, valores próprios e específicos, e variância

Itens	Component Matrix	
	Fatores	
	1	2
1. Deu por si a caminhar como uma mulher grávida.	0,45	-0,42
2. Sentiu que o bebé ainda estava dentro de si.	0,53	-0,46
3. Sonhou que ainda estava grávida.	0,62	
4. Sentiu-se fisicamente mal sempre que pensou no abortamento.	0,52	
5. Quis ter o bebé nos seus braços.	0,62	-0,49
6. Sentiu-se como se ainda estivesse grávida	0,73	
7. Deu por si a planear coisas para o bebé como se ainda estivesse grávida.	0,61	-0,33
8. Sentiu que foi fácil pensar em outras coisas que não no bebé que perdeu.	0,32	0,59
9. Acariciou a sua barriga ou segurou-a como se ainda estivesse grávida.	0,50	
10. Sentiu como se dentro de si houvesse um espaço vazio.	0,53	
11. Sentiu saudade do bebé.	0,65	
12. Quis/Sentiu vontade de vestir roupas de grávida.	0,57	
13. Imaginou se teria tido um rapaz ou uma rapariga.	0,47	0,33
14. Imaginou como teria sido o bebé.	0,60	
15. Sonhou com o bebé.	0,68	
Valores próprios e específicos (Eigenvalues)	4,87	1,39
Variância Total = 41,68	32,44	9,24

Selecionámos, ainda, a apresentação de itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30. Os resultados são apresentados na tabela 4.

Na sua maioria os itens apresentam uma carga fatorial elevada.

Podemos dizer que se confirma a presença de um fator, significando uma escala sem subescalas, o que está de acordo com a versão original proposta pelo autor.

Confiabilidade

De forma a percebermos se a variabilidade nas respostas dependia da diferença de opinião dos inquiridos, minimizando a possibilidade de erro aleatório, começámos por testar a fidelidade da escala, através da análise da sua consistência interna, resultando um valor de *Alpha de Cronbach* de $\alpha = 0,81$ na escala global que, de acordo com Pestana e Gageiro (2008), se pode considerar uma boa consistência interna por se situar entre 0,80 e 0,90. Em comparação com os resultados obtidos nos estudos conduzidos pelos autores (Ritsher e Neugebauer, 2002) na versão original em inglês ($\alpha = 0,89$) e em espanhol ($\alpha = 0,85$),

o valor de *Alpha* no nosso estudo é ligeiramente inferior, considerando-se, no entanto, na mesma categoria (quadro 1).

Quadro 1 – Fidelidade da PBGS nas versões em português, inglês e espanhol

Itens	Nosso Estudo N = 100	Estudos do Autor	
		Versão inglesa N = 182	Versão espanhola N = 88
Coeficiente de consistência interna (<i>Alpha de Cronbach</i>)	0,81	0,89	0,85

De forma a avaliarmos a estabilidade temporal efetuámos o teste-reteste, sendo a aplicação da escala repetida a uma amostra de 14 mulheres passado uma semana.

Através da correlação de Pearson obtivemos um valor de $r = 0,98$ para um nível de significância de $p < 0,01$, o que indica muito boa estabilidade temporal.

Discussão

No que respeita à estrutura dimensional da escala para a nossa amostra e quanto à validade de construto, após a análise exploratória a dois fatores, resultou uma estrutura, na qual os itens apresentaram o seu maior peso num único fator, excetuando-se um item (Sentiu que foi fácil pensar noutras coisas que não no bebé que perdeu), que se salientava com carga fatorial superior num fator diferente. De acordo com os autores, este item pretende avaliar a resposta física à perda, enquanto os outros itens se direcionam para a dor e tristeza pela perda da gravidez e do bebé. Colocou-se a hipótese de retirarmos o item da escala, mas o *Alpha de Cronbach*, se ele fosse eliminado, mantinha o mesmo valor, pelo que se decidiu a sua integração na escala total. Desta forma, e tal como na versão original, considerámos a versão portuguesa da PBGS constituída numa escala unidimensional.

Quanto à confiabilidade da escala, os resultados do nosso estudo, embora um pouco inferiores aos dos autores nas versões em inglês e em espanhol, traduzem, igualmente, uma boa consistência interna ($\alpha=0,81$).

O teste-reteste realizado, uma semana após a primeira aplicação, a uma amostra de 14 mulheres permitiu concluir que a escala tem muito boa estabilidade temporal ($r = 0,98$, $p < 0,01$). O nosso resultado foi superior ao obtido pelo autor nas versões em inglês ($r = 0,69$, $n = 112$) e espanhol ($r = 0,49$, $n = 29$), mas isso pode

ser explicado pelo menor intervalo de tempo que utilizámos na aplicação do instrumento entre o teste e o reteste. A opção pelo intervalo de uma semana teve em consideração o facto de se tornar difícil para estas mulheres voltarem a responder a estas questões numa fase em que já tentam esquecer a perda, dificultando-nos a obtenção da amostra necessária.

De acordo com os resultados obtidos, podemos dizer que esta versão da PBGS mostrou ser uma medida fidedigna e válida para a avaliação do luto face à perda da gravidez e do futuro bebé.

Na prática clínica este instrumento apresenta-se fácil e de rápida administração, podendo constituir uma ferramenta importante para distinguir mulheres em risco de desenvolverem processos de luto mais complicados, ou como indicador de uma maior necessidade de cuidados de suporte no período imediato à perda.

Com base neste estudo elaborámos um artigo (Anexo II).

2.2.2 - *Well-Being Questionnaire 12*

A avaliação do bem-estar pode constituir um dos parâmetros importantes na monitorização do processo de luto em mulheres que tenham sofrido uma perda involuntária da gravidez.

O *Well-Being Questionnaire 12* (W-BQ12) foi desenvolvido por Clare Bradley, da University of London, Reino Unido, em 1982 (Bradley, 1994; Riazi, Bradley, Barendse, Ishii, 2006), como um instrumento de medida de estados depressivos, ansiedade e alguns aspetos de bem-estar positivo, e aplicado num estudo da Organização Mundial de Saúde, para avaliação de novos tratamentos na gestão da diabetes. Embora a sua versão inicial de 22 itens continue a ser recomendada para estudos nessa área, surgiram, posteriormente, em resultado de estudos desenvolvidos pela autora e seus colaboradores (Bradley, 1994; McMillan, Bradley, Gibney, Russel-Jones, Sönksen, 2006) e derivando da escala inicial, uma versão reduzida de 12 itens para medir o bem-estar psicológico e, mais recentemente, outra versão mais longa, com 28 itens, incorporando uma subescala de stresse específica para indivíduos diabéticos (*ibidem*).

Apesar de este instrumento, nas suas várias versões, ter sido desenhado para estudos com diabéticos, a sua aplicabilidade não se restringe a essa área. Encontra-se traduzido em mais de 35 idiomas (Riazi et al., 2006), tendo sido

utilizado em estudos de natureza vária e em diferentes culturas (Riazi et al., 2006; Pouwer, Snoeck, Van Der Ploeg, Adèr, Heine, 2000).

A versão portuguesa foi disponibilizada pela autora¹² para a realização deste estudo, mediante o estabelecimento de protocolo (Anexo III). Dado que não encontramos qualquer publicação relativa à validação deste instrumento, e com o objetivo de validar um instrumento de medida de bem-estar que constituísse mais um contributo importante na avaliação do luto destas mulheres, efetuámos esse estudo metodológico.

Nesse sentido, desenvolvemos um conjunto de procedimentos de modo a avaliar a sua equivalência métrica e conceptual, realizando-se, para tal, a análise da sua fidelidade e validade de construto para a população portuguesa.

A validade de uma escala de medida é a garantia de que o teste mede o que se propõe medir (Ribeiro, 2010). Inspecionámos a validade de construto da escala através da organização fatorial dos itens, recorrendo ao método de análise de componentes principais, seguindo os procedimentos adotados pelas autoras. No sentido de confirmarmos a organização da escala na amostra em estudo, procedemos à análise da validade convergente/discriminante dos itens, através da correlação de *Pearson* entre os itens e as diferentes subescalas, definindo como critério de discriminação do item – subescala, um valor de correlação superior a 0,10. De acordo com Ribeiro (2010), a validade convergente refere-se à extensão em que a correlação do instrumento com outros que medem o mesmo construto é maior do que a correlação com os que medem construtos diferentes. Neste contexto, analisámos os valores da correlação de *Pearson* entre a escala em análise e a Escala de Avaliação do Luto Perinatal (PBGS), preenchida em simultâneo, no sentido de percebermos a relação entre os construtos teóricos por elas avaliados.

Para a análise da fiabilidade da escala, analisámos a consistência interna de cada uma das subescalas e da escala global, considerando os valores de *Alpha de Cronbach* superiores a 0,80 como uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2008), embora sejam aceitáveis valores acima de 0,60 em escalas com número reduzido de itens (Ribeiro, 2010).

O W-BQ12 apresenta-se sob a forma de doze afirmações e pretende-se que as mulheres respondam sobre a frequência da sua ocorrência, no período compreendido entre as quatro e as oito semanas pós-perda da gravidez, usando

¹² Clare Bradley. W-BQ12© Portuguese version for Portugal. 2005. Health Psychology Research, Dept of Psychology, Royal Holloway, University of London, Surrey.

uma escala tipo Likert de 4 pontos, em que o valor 0 corresponde a “nunca” e o valor 3 a “sempre”. É constituído por três subescalas de quatro itens cada: uma pretende avaliar o bem-estar negativo (itens 1 a 4), uma outra a energia (itens 5 a 8) e, por último, a que avalia o bem-estar positivo (itens 9 a 12). A subescala energia é a única que apresenta mistura de itens de natureza positiva (itens 5 e 8) e negativa (itens 6 e 7), implicando a respetiva inversão desses últimos nos procedimentos estatísticos. O *score* de cada subescala pode variar entre 0 e 12. O *score* da escala total de bem-estar é a soma dos 12 itens (depois de invertidos os *scores* dos itens 6 e 7), podendo variar entre 0 e 36. Quanto mais elevados forem os *scores* mais elevada será a percepção de bem-estar.

Amostra

Para a validação da versão portuguesa do W-BQ12 recorremos a uma amostra de conveniência, composta por mulheres que estivessem a passar por uma experiência de perda involuntária de gravidez, independentemente da causa e com tempo de gestação até 22 semanas, possuidoras de telefone e que, de forma informada e livre, aceitassem participar no estudo. Das 135 mulheres contactadas obtivemos uma amostra de 74.

A média da idade das participantes era de 31,82 (DP=6,01), com intervalo entre 17 e 44 anos (tabela 5). A idade gestacional média em que ocorreu a perda foi de 10,65 semanas (DP=3,92). O número médio de filhos era de 0,61 (DP=0,74), no entanto, 54,1% (n=40) não tinham nenhum filho.

Tabela 5 - Distribuição da amostra de acordo com a idade e dados obstétricos

	Média	Mediana	Desvio Padrão	Intervalo
Idade	31,8	31	6,0	17-44
Número de dias pós perda	34,0	33	5,0	28-53
Idade gestacional em que ocorreu a perda	10,6	10	3,9	05-22
Número de filhos	0,6	0	0,7	0-2

Quanto ao estado civil, 81,1% (n=60) eram casadas, 14,9% (n=11) viviam em união de facto, as restantes 4,1% (n=3) incluíam solteiras e separadas (tabela 6).

Sobre o facto de a gravidez ter sido planeada, 75,7% (n=56) responderam sim. Para 95,9% (n=71) das inquiridas, essa tinha sido uma gravidez aceite, enquanto para as restantes 4,1% (n=3) a gravidez não foi aceite no início, ou nunca foi aceite.

Tabela 6 - Distribuição da amostra de acordo com o estado civil, a gestação e a sua aceitação

Variáveis		n	%
Estado civil	Casada	60	81,1
	União de facto	11	14,8
	Solteira	3	4,1
Gestação	Primigesta	21	28,4
	Multigesta	53	71,6
Aceitação da Gestação	Sim	71	95,9
	Não	3	4,1
Total		74	100

Do total das participantes, 64,9% (n=48) passaram por um processo espontâneo de expulsão do produto de concepção, enquanto 35,1% (n=26) necessitaram de algum tipo de intervenção cirúrgica. Para 28,4% (n=21) das mulheres, essa era a primeira gravidez.

Quanto à distribuição das participantes em função da ocupação profissional, recorreremos à Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, publicitada pelo Instituto Nacional de Estatística (2011), cujos dados se configuram na tabela 7.

Podemos dizer que o maior número das nossas participantes se inclui no grupo profissional de trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, logo seguido do grupo de especialistas das atividades intelectuais e científicas, do grupo de pessoal administrativo e do grupo de trabalhadores qualificados, da indústria, construção e artífices.

Tabela 7 – Distribuição das participantes por categoria profissional

Atividade Profissional	n	%
Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, Dirigentes, Diretores e Gestores Executivos	1	1,4
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	18	24,3
Técnicos e profissões de nível intermédio	1	1,4
Pessoal administrativo	13	17,6
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	21	28,4
Trabalhadores qualificados, da indústria, construção e artífices	12	16,2
Trabalhadores não qualificados	2	2,7
Estudante	2	2,7
Desempregado	3	4,1
Doméstica	1	1,4
Total	74	100,0

Podemos, ainda, salientar como relativamente baixo o número de desempregadas.

Resultados

Com o intuito de se avaliar a equivalência métrica do instrumento na amostra populacional do nosso estudo, efetuou-se a avaliação da estrutura dimensional, da validade e da confiabilidade.

Validade de Construto

Com vista a conhecer a forma como os conteúdos dos itens da escala se organizam conceptualmente, procedemos à análise exploratória de componentes principais, tendo-se obtido 4 fatores. Posteriormente, e com vista à aproximação da escala com a sua versão original, forçámos a 3 factores, seleccionando para análise, e de acordo com a literatura, apenas os itens com uma carga fatorial igual ou superior a 0,30 (Almeida & Freire, 2007).

No sentido de maximizar a saturação dos itens utilizámos o método de rotação varimax com normalização Kaiser. A solução fatorial assim obtida explica 61,84% da variância total da escala, sendo o fator 1 (Bem-estar negativo) o que

melhor explica a variância da escala (36,17%). Na tabela 8 pode observar-se como se distribui a carga fatorial dos itens.

Tabela 8 – Análise dos Componentes Principais do W-BQ12, valores próprios e específicos, variância e consistência interna de cada fator

Itens	Bem-Estar Negativo	Energia	Bem-Estar Positivo
1) Tenho episódios de choro ou sinto vontade de chorar	0,77		
2) Sinto-me desanimada e triste	0,69		
3) Sinto medo sem razão alguma	0,80		
4) Fico facilmente perturbada ou entro em pânico	0,78		
5) Sinto-me enérgica, ativa ou cheia de vitalidade		0,75	
6) Sinto-me sem energia ou mole	-0,34	0,79	
7) Sinto-me cansada, esgotada ou exausta	-0,51	0,61	
8) Acordo sentindo-me fresca e descansada		0,67	0,34
9) Estou feliz, satisfeita ou contente com a minha vida pessoal			0,83
10) Tenho o tipo de vida que queria ter			0,67
11) Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões		0,67	0,41
12) Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida			0,54
Valores próprios e específicos (Eigenvalues)	4,34	1,77	1,31
Variância Total = 61,84	36,17	14,73	10,94
Consistência interna (Alpha de Cronbach) Total = 0,84	0,81	0,76	0,67

Nota: rotação varimax; seleção de itens com carga fatorial > 0,30

Da análise da tabela anterior podemos concluir que a estrutura fatorial do W-BQ12 mantém uma distribuição idêntica à preconizada pela autora. Os itens 6 e 7 agregam-se às duas subescalas *bem-estar negativo* e *energia*, no entanto, o peso fatorial mais elevado, e positivo, verifica-se na subescala a que correspondem (*energia*). O mesmo acontece com o item 8 que se agrega à subescala *bem-estar positivo*, mas com maior peso fatorial na subescala a que pertence na escala original (*energia*). De acordo com a carga fatorial, apenas um item (11- sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões) deixa a subescala a que pertenceria, *bem-estar positivo*, para se associar aos itens que constituem a subescala *energia*. Todos os itens apresentam uma carga fatorial elevada (>0,50), com exceção do item 11, que ao apresentar carga fatorial em mais de um fator, revela um peso inferior a 0,50 no fator a que pertence.

Validade Convergente/Discriminante dos itens

No sentido de se confirmar a estrutura da escala na amostra em estudo, procedeu-se à análise da validade convergente/discriminante dos itens, através da correlação de *Pearson* entre os itens e as diferentes subescalas. Na tabela 9 estão apresentados os valores obtidos em cada item.

Tabela 9 – Validade convergente/discriminante dos itens do W-BQ12

Itens	Bem-estar negativo	Energia (itens 6 e 7 recodificados)	Bem-estar positivo
1) Tenho episódios de choro ou sinto vontade de chorar	0,56	-0,27*	-0,16
2) Sinto-me desanimada e triste	0,63	-0,48**	-0,34**
3) Sinto medo sem razão alguma	0,66	-0,24*	-0,19
4) Fico facilmente perturbada ou entro em pânico	0,69	-0,43**	-0,46**
5) Sinto-me enérgica, ativa ou cheia de vitalidade	-0,25*	0,55	0,46**
6) Sinto-me sem energia ou mole	-0,38**	0,65	0,29*
7) Sinto-me cansada, esgotada ou exausta	-0,49**	0,55	0,26*
8) Acordo sentindo-me fresca e descansada	-0,22	0,49	0,44**
9) Estou feliz, satisfeita ou contente com a minha vida pessoal	-0,21	0,25*	0,48
10) Tenho o tipo de vida que queria ter	-0,20	0,26*	0,46
11) Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões	-0,27*	0,56**	0,44
12) Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida	-0,36**	0,28*	0,42

Nota: consideraram-se significativos os valores de r ao nível de $p < 0,01$ (**) e $p < 0,05$ (*) para $N=74$; os valores da correlação relativos a cada subescala foram corrigidos para sobreposição

Tendo como critério que as correlações dos itens com a subescala a que pertencem deveriam ser superiores a 0,10 relativamente à sua correlação com as restantes subescalas, e analisando os itens que se mostraram problemáticos na análise de componentes principais, constatámos que os itens 5, 7 e 8 não apresentam poder discriminativo entre as subescalas. O item 11 (sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões), que também se mostrou problemático na análise de componentes principais, mantém uma maior correlação com a subescala *energia*, com diferença superior a 0,10, relativamente à subescala a que originalmente pertence – *bem-estar positivo*. Neste sentido, e dado que a análise da validade convergente/discriminante dos itens reforça os resultados obtidos na análise dos componentes principais, ponderou-se a possibilidade do item 11 passar da subescala *bem-estar positivo* para a subescala *energia*. No entanto,

tentou-se, ainda, a possibilidade de os construtos se associarem de forma mais adequada, em duas subescalas, pelo que se efetuou novamente a análise de componentes principais, forçando-se a dois fatores. A solução fatorial resultante não foi satisfatória, dado que os itens considerados mais problemáticos se mantiveram, optando-se, finalmente, por manter a estrutura de três dimensões do W-BQ12, alterando o item 11 da subescala *bem-estar positivo* para a subescala *energia*.

Validade convergente

De forma a avaliarmos a validade convergente dos construtos em avaliação nas diferentes subescalas do W-BQ12, calculámos a sua correlação com a PBGS preenchida em simultâneo (tabela 10).

Tabela 10 – Validade convergente entre o W-BQ12 e a PBGS

W-BQ12	PBGS
Escala <i>Bem-estar Geral</i>	-0,30**
Subescala <i>bem-estar negativo</i>	0,36**
Subescala <i>energia</i>	-0,13
Subescala <i>bem-estar positivo</i>	-0,22

Nota: consideraram-se significativos os valores de r ao nível de $p < 0,01$ (**)

A observação da tabela 10 permite verificar uma correlação negativa entre a perceção de *bem-estar geral* e luto, ou seja, quanto maior a perceção de *bem-estar* menor é a expressão do luto, isto é, luto mais resolvido, correspondente ao esperado. Relativamente à perceção de *bem-estar negativo*, observa-se uma correlação positiva com o luto. A correlação da perceção de *energia* e do *bem-estar positivo*, com o luto, não é estatisticamente significativa.

Em resultado da aplicação do instrumento em análise e, no sentido de conhecermos sobre a perceção de bem-estar que as mulheres manifestam após uma situação de perda involuntária de gravidez, calculámos a amplitude, média e desvio padrão nas várias dimensões, propostas pela autora, bem como na escala global - *Bem-estar geral* (tabela 11). A análise dos resultados nas subescalas permite-nos dizer que, na nossa amostra, a perceção de *bem-estar positivo* aparece com o valor mais elevado, seguindo-se a *energia* e o *bem-estar negativo*, em último lugar. Quanto ao *bem-estar geral* apresenta um valor que medeia entre o do *bem-estar positivo* e o da *energia*.

Tabela 11 – Distribuição da amplitude, média e desvio padrão das subescalas do W-BQ12 e escala global

Subescalas e Escala global	N.º de itens	Amplitude	Média	Score médio	Desvio Padrão
Bem-estar negativo	4	0-12	5,4	1,3	3,2
Energia	5	1-15	8,8	1,7	3,5
Bem-estar positivo	3	2-9	6,2	2,0	1,7
Bem-estar geral	12	7-33	21,6	1,8	6,6

Confiabilidade

Podemos dizer que quanto à confiabilidade, os resultados no nosso estudo são similares aos de outros estudos orientados pela autora (Riazi et al., 2006; McMillan et al., 2006), embora as dimensões da amostra difiram. Na subescala *bem-estar positivo*, observamos o valor mais baixo de *Alpha de Cronbach*, o que, de acordo com alguns autores (Pestana & Gageiro, 2008), traduz uma mais fraca consistência interna. A subescala energia apresenta uma razoável consistência interna, facto que também verificamos num dos estudos da autora, com um valor ainda mais baixo do que o nosso (Riazi et al., 2006), enquanto na subescala *bem-estar negativo* e no *bem-estar geral* é onde se verificam bons valores de consistência interna, o que se aproxima mais dos estudos que referimos da autora.

Na tabela 12 apresentamos os resultados da análise da fidelidade das diferentes subescalas e escala global, bem como os resultados obtidos em dois estudos orientados pela autora, aos quais designamos por “a” um estudo efetuado numa amostra de doentes diabéticos (Riazi et al., 2006), e por “b”, um outro, efetuado numa amostra de indivíduos adultos com deficiência da hormona do crescimento (McMillan et al., 2006).

Tabela 12 – Fidelidade do W-BQ12 na amostra em estudo e em estudos da autora

Subescalas e Escala total	Itens e seu valor de consistência interna (estudo atual)	Alpha Cronbach (estudo atual) N=74	Alpha Cronbach (estudo a) N=464	Alpha Cronbach (estudo b) N=148
Bem-estar negativo	Item 1 = 0,56	0,81	0,78	0,86
	Item 2 = 0,63			
	Item 3 = 0,66			
	Item 4 = 0,60			
Energia	Item 5 = 0,61	0,79	0,69	0,86
	Item 6 = 0,65			
	Item 7 = 0,53			
	Item 8 = 0,53			
	Item 11 = 0,56			
Bem-estar positivo	Item 9 = 0,49	0,60	0,80	0,88
	Item 10 = 0,47			
	Item 12 = 0,29			
Bem-estar geral	12 Itens	0,84	0,85	0,93

Os resultados obtidos na nossa amostra estão muito próximos dos do estudo “a”, embora um pouco inferiores aos obtidos no estudo “b”.

Discussão

A assistência de qualidade implica novas relações entre o cuidador e aquele que é cuidado (Mariutti et al., 2007), conduz a novas estratégias de cuidado, procura objetivar o subjetivo, sendo para isso fundamental o recurso a instrumentos de avaliação fidedignos e válidos.

Pretendemos com este estudo analisar a equivalência conceptual e métrica do W-BQ12 quando aplicado a uma amostra de mulheres em situação de perda involuntária de gravidez.

No que se refere à estrutura conceptual do instrumento para a nossa amostra, resultante da análise exploratória a três fatores, demonstrou alguma instabilidade no posicionamento de alguns itens, sobretudo ao nível da subescala *energia*, verificando-se que os itens relativos à energia negativa e, os relativos à energia positiva, apresentavam simultaneamente uma agregação às subescalas de *bem-estar negativo* e ao *bem-estar positivo*, respetivamente, o que, de acordo com alguns autores, se tem, igualmente, verificado em outros estudos (Riazi et al., 2006; Pouver et al., 2000). Este facto foi confirmado no estudo da validade convergente/discriminante dos itens, uma vez que, embora alguns itens apresentassem uma boa correlação com a subescala a que pertenciam,

correlacionavam-se com outra subescala, apresentando uma validade discriminante inferior a 0,10. Dado que, após análise exploratória a dois fatores, se mantinham os mesmos itens problemáticos, optámos por manter a solução com três subescalas, alterando o item 11, o que está de acordo com a opção tomada por outros autores (Riazi et al., 2006; Pouwer et al., 2000).

Concluimos que a subescala menos robusta é a da *energia*, facto que se deve à estrutura conceptual dos seus itens, que incluem características que, na nossa cultura, podem refletir-se no nível de energia, mas, também, no bem-estar.

A dificuldade em discriminar entre alguns itens da subescala *energia* com *bem-estar positivo* ou *bem-estar negativo* pode dever-se ao facto da mesma subescala apresentar uma dimensão de energia positiva e outra de energia negativa e, as respondentes, na situação em estudo, terem alguma dificuldade em dissociar esses dois conceitos.

A subescala *bem-estar negativo* é a que apresenta a melhor consistência interna, contrariamente, a subescala de *bem-estar positivo* apresenta uma consistência interna mais fraca (Pestana & Gageiro, 2008), dado que o valor se situa entre 0,60 e 0,70 apesar de muito próximo do valor superior, embora sejam aceitáveis valores acima de 0,60 (Ribeiro, 2010), justificáveis, sobretudo, se as escalas têm um reduzido número de itens. Apesar destes valores parcelares, o *bem-estar geral* apresenta uma boa consistência interna.

O W-BQ12 apresentou resultados consistentes, quando correlacionado com a PBGS – Escala de Luto Perinatal, com a existência de dois construtos díspares (o *bem-estar* subjetivo e o luto) embora interrelacionados. Observou-se uma correlação negativa entre o *bem-estar geral* e luto, ou seja, quanto maior a perceção de *bem-estar*, menor a expressão do luto, isto é, luto mais resolvido. Por outro lado, a subescala *bem-estar negativo* apresentou uma correlação positiva com o luto, ou seja, associa-se a um luto mais ativo, menos resolvido.

Relativamente às subescalas *energia* e *bem-estar positivo*, observaram-se correlações negativas com a escala de luto, embora não se mostrassem estatisticamente significativas.

A perda da gravidez com todas as suas implicações, enquanto evento stressor, poderá interferir negativamente na perceção que cada mulher faz do seu bem-estar. À medida que a expressão desse desgosto vai diminuindo, e se vai resolvendo esse luto, é recuperado o nível de bem-estar, tornando-se gradualmente mais positivo.

De acordo com os resultados obtidos, podemos dizer que a versão portuguesa do W-BQ12 mostrou ser uma medida fidedigna e válida para a avaliação do bem-estar em mulheres em situação de perda involuntária da gravidez, considerando os valores razoáveis da consistência interna das subescalas e da escala global, bem como a estrutura resultante da análise fatorial. O questionário mostrou ser sensível para uma população diferente daquela anteriormente utilizada, o que será um indicador da sua validade. Seria, no entanto, interessante, considerar a sua aplicabilidade numa amostra maior.

Com base neste estudo elaborámos um artigo (Anexo IV).

2.2.3 - Guias orientadores das entrevistas

No que respeita às entrevistas, os objetivos da entrevista telefónica visavam conhecer a satisfação com os cuidados recebidos no hospital durante o processo de perda da gravidez; quais as pessoas mais significativas no apoio prestado durante o processo de perda e quais as estratégias mais utilizadas para se adaptarem/ultrapassarem a perda.

Embora tenhamos considerado as entrevistas como semi-estruturadas, quer telefónicas quer presenciais, no segundo caso o grau de flexibilidade na exploração das questões foi muito maior e o desenvolvimento da entrevista adaptou-se mais à entrevistada, não exigindo uma ordem tão rígida nas perguntas e respostas, permitindo a introdução de novas questões, para que a informação recolhida fosse a mais alargada possível. No caso das telefónicas, incluíram-se questões fechadas e abertas que se traduziram numa maior uniformidade no tipo de informação recolhida, minimizando a variação entre as questões colocadas às participantes. As duas questões abertas, embora direcionadas para uma determinada dimensão, permitiram um discurso livre, não anulando a possibilidade de captar outra informação relevante, pelo que as considerámos, igualmente, semi-estruturadas.

Delineámos um guião para cada tipo de entrevista (Anexo V). Ambos se constituíram por uma primeira parte comum, destinada ao registo de elementos de identificação da entrevista, à legitimação da entrevistadora, à contextualização da temática e às informações à entrevistada e, ainda, à clarificação dos objetivos. Apresentaram-se, ainda em comum, dois blocos destinados à recolha de informação biográfica e obstétrica, este último constituído por nove questões fechadas. O bloco de questões seguinte variou de acordo com o tipo de entrevista. No caso da telefónica, delineou-se em cinco questões abertas, pressupondo uma

resposta curta, e visava recolher informação sobre a satisfação com os cuidados e o apoio recebido. No caso da entrevista presencial, considerando-se a área temática da história da perda da gravidez, apresentou-se uma pergunta aberta que englobava quinze questões orientadoras.

2.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do nosso estudo constituiu-se pelas mulheres em situação de perda involuntária de gravidez até às 22 semanas de idade gestacional.

Do universo constituído por mulheres em situação de perda involuntária de gravidez, pretendíamos uma amostra de dimensão tão grande quanto possível, dentro dos limites dos recursos disponíveis, considerando a natureza dos estudos que pretendíamos realizar.

Utilizámos uma amostragem não probabilística, intencional. Considerou-se como critérios de inclusão na investigação: estarem internadas, perda da gravidez involuntária, idade gestacional inferior ou igual a 22 semanas, possuírem telefone da rede fixa ou móvel e aceitarem participar.

Considerando o número de itens que compunham os instrumentos a utilizar, e de forma a garantirmos o mais possível a representatividade do universo em estudo, e de modo a que fosse exequível efetuar uma análise estatística adequada dos dados, seguimos a proposta de Hill e Hill (2002), sobre os valores mínimos considerados para as amostras. Ainda de acordo com estes autores, “uma amostra ideal deve ser um microcosmo do universo” (*ibidem*, p. 42). Considerando o proposto pelas *Regras do Polegar* e conforme as técnicas estatísticas a utilizar na análise dos dados, contactámos 161 mulheres, considerando a possível desistência de algumas participantes. Embora todas, inicialmente, tivessem concordado participar, algumas desistiram posteriormente e, outras, não atenderam o telefone nas várias tentativas de contacto seguintes, pelo que a nossa amostra se constituiu por 100 mulheres.

O estudo de validação do W-BQ12 teve início posterior ao estudo de validação da PBGS, devido à ulterior receção da autorização da autora, pelo que a amostra nesse estudo foi composta pelas seguintes 74 participantes.

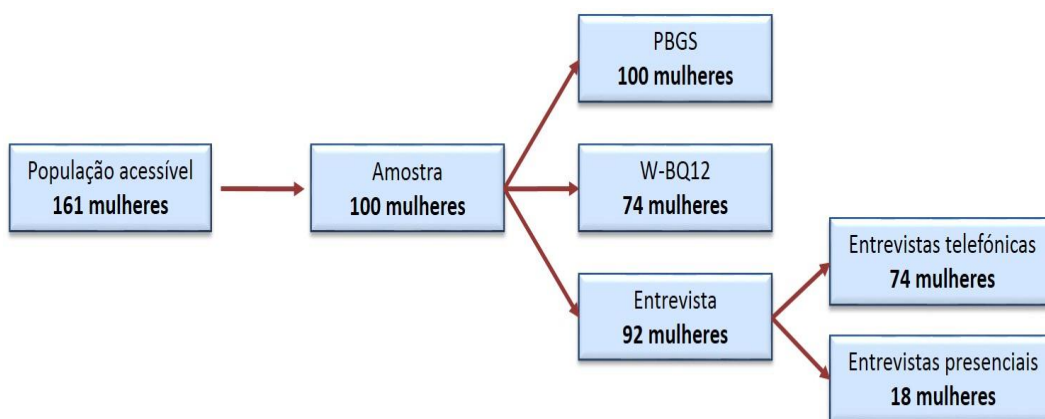
De forma a percebermos o modo como as mulheres experienciaram a perda da gravidez, quais as necessidades sentidas, como se adaptaram e ultrapassaram esse evento, inquiriram-se as mulheres através de entrevistas.

Na pesquisa qualitativa, de acordo com Guerra (2006), “a questão central que se coloca na análise compreensiva não é a definição de uma imensidade de sujeitos estatisticamente *representativos*, mas sim uma pequena dimensão de sujeitos *socialmente significativos*” (p. 20). É comum encontrarmos na literatura o conceito de saturação, definindo-se como um “fenômeno pelo qual, depois de um certo número de entrevistas, o investigador – ou a equipa – têm a noção de nada recolher de novo quanto ao objeto da pesquisa” (*ibidem*, p. 46). Também é sabido que quanto maior for a homogeneidade do grupo dos sujeitos, mais fácil será atingir a saturação. Guest, Bunce e Johnson (2006) conduziram um estudo metodológico, no sentido de apurarem a suficiência em entrevistas, tendo em conta a saturação e a variabilidade. A sua análise revela que a saturação dos dados é atingida quase sempre com doze entrevistas, ou seja, a partir daí é pouco frequente a emergência de novos temas. No entanto, outros autores por eles revistos indicam outros limites abaixo ou acima.

Neste sentido, propusemos às mulheres inicialmente contactadas uma entrevista que poderia ser efetuada de forma telefónica ou presencial. Destas, 74 anuíram responder telefonicamente, 18 preferiram a forma presencial e oito não aceitaram ser entrevistadas.

Apresentamos na figura 4 a representação esquemática da distribuição da amostra, de acordo com os estudos.

Figura 4 - Distribuição da amostra nos diferentes estudos



2.4 – PROCEDIMENTOS

A recolha de dados efetuou-se em três instituições hospitalares do Distrito do Porto, cujos Conselhos de Administração, após parecer positivo das respetivas Comissões de Ética, Diretores e Enfermeiras-chefes dos serviços, concederam as devidas autorizações (Anexo VI). Decorreu no período compreendido entre janeiro de 2009 e maio de 2010.

As mulheres em situação de perda de gravidez foram, todas, contactadas pessoalmente pela investigadora, durante o curto período de internamento que era de cerca de 24 horas. Esse momento foi crucial para que elas e, muitas vezes, o próprio casal tivessem a oportunidade de conhecer a pessoa a quem depois iriam responder em entrevista, sobretudo no caso da telefónica em que não existe reconhecimento visual, promovendo-se uma relação empática facilitadora. Muitos desses encontros, cuja duração oscilou entre os quinze e os quarenta minutos, constituíram-se excelentes momentos de grande abertura e disponibilidade para responder às suas questões, para o esclarecimento de dúvidas e para o conforto dessas mulheres/casais. Explicava-se-lhes o estudo e o que se pretendia de cada uma enquanto participante, e era solicitada a sua participação e o seu consentimento, livre e informado, mediante a assinatura da declaração de consentimento (Anexo VII). Foi entregue informação escrita sobre os objetivos da investigação (Anexo VIII), para que pudessem ler e decidir com tempo e com mais calma, podendo desistir a qualquer momento sem qualquer consequência, facto que acabou por se verificar em alguns casos.

A todas as mulheres contactadas foi disponibilizado o contacto telefónico da investigadora, permitindo, se assim o desejassem, um apoio mais efetivo no regresso a casa, no processo de recuperação, ou para qualquer esclarecimento.

Foi, entre ambas, acordado o dia e o melhor horário para o contacto telefónico seguinte, para que ocorresse num momento de maior conveniência e disponibilidade e, caso se mantivesse a intenção de participação, se proceder à entrevista telefónica em que se incluía, também, a avaliação do luto e do bem-estar através da aplicação da PBGS e do W-BQ12.

Com as participantes que nesse momento se disponibilizassem para uma entrevista presencial, era marcado um encontro em data, hora e local favorável, podendo incluir o hospital, o domicílio da utente ou o local de trabalho da

participante, ou da investigadora. Foi, sempre, nossa preocupação que este local fosse neutro e que a entrevistada se sentisse confortável.

Alguns autores referem a dificuldade na obtenção de participantes para estudos desta natureza (Chalmers & Meyer, 1992; Clauss, 2009). Também nós observámos grande dificuldade na captação de participantes para as entrevistas presenciais, devido sobretudo ao facto de, nesse momento, muitas dessas mulheres terem já retomado as suas atividades profissionais e disporem de pouco tempo livre.

As entrevistas, quer telefónicas quer presenciais, ocorreram entre as quatro e as oito semanas pós-perda da gravidez, de forma a identificarmos as necessidades em cuidados desde o momento da perda até essa fase de transição. Considerámos que este período permite o distanciamento necessário para falar do acontecimento com menos sofrimento, mas sem esquecimento dos factos, existindo até alguma reflexão sobre os mesmos.

Na entrevista presencial, para além dos objetivos mencionados, e de forma a compreender-se um fenómeno, estabeleceram-se outros como: desocultar o impacto da perda da gravidez na mulher/casal e família; compreender a vivência da perda nas suas várias dimensões; identificar as necessidades em cuidados de enfermagem a estas mulheres.

A entrevista é uma das técnicas mais comuns e importantes no estudo e compreensão do ser humano. Adota uma grande variedade de usos e formas que vão da mais comum – individual, falada – à entrevista de grupo, ou mesmo às mediatizadas por telefone, computador ou correio (Fontana & Frey, 1994, *cit in* Aires, 2011). A entrevista implica sempre um processo de comunicação em que os atores (entrevistador e entrevistado) podem influenciar-se mutuamente, seja consciente seja inconscientemente. Dessa forma, longe de constituir um intercâmbio social espontâneo, implica um processo de algum modo artificial, através do qual o investigador cria uma situação concreta. Nela se desenvolve uma interação geradora e captadora de significados em que as características pessoais do entrevistador e do entrevistado influenciam decisivamente o seu curso.

O uso da entrevista telefónica em estudos de natureza qualitativa não é muito comum e, tipicamente tem sido utilizado na condução de curtas entrevistas estruturadas (Fontana & Frey, 1994, Harvey, 1988, *cit in* Sturges & Hanrahan, 2004). No entanto, começam a surgir cada vez mais investigadores a recorrerem a esta técnica para conduzirem entrevistas semi-estruturadas (Burnard, 1994; Burke & Miller, 2001; Carr & Worth, 2001; Holt, 2010; Knox & Burkard, 2009; Musselwhite,

Cuff, McGregor & King, 2007; Sturges & Hanrahan, 2004; Trier-Bieniek, 2012). Carr e Worth (2001) são de opinião que esta técnica pode utilizar-se isolada ou em combinação com entrevistas presenciais, ou com inquéritos por questionário, podendo a entrevista ser estruturada ou semi-estruturada.

As entrevistas por telefone podem constituir uma oportunidade para obter informação de potenciais participantes que, por algum motivo, estão relutantes em participar presencialmente. Desta forma, os entrevistados expõem-se menos, sentem-se menos vulneráveis (Burnard, 1994; Sturges & Hanrahan, 2004; Trier-Bieniek, 2012) e acabam por constituir uma boa fonte de informação. O relativo anonimato, conferido pela ausência do contacto visual, e a promessa de confidencialidade podem aumentar nos participantes a abertura para falarem honestamente sobre os seus sentimentos ou as suas experiências (Carr & Worth, 2001), na medida em que o entrevistador e o entrevistado são menos afetados pela presença um do outro (Musselwhite et al., 2007).

A entrevista é uma conversa intencional com um objetivo que se desenrola num contexto e numa situação social determinada. A entrevista telefónica permite recolher um elevado número de dados, possibilitando a diversificação.

No nosso estudo, a opção pelo uso das duas técnicas teve em conta o facto de que as entrevistas telefónicas possibilitariam um maior número de participantes, permitindo uma maior diversidade dos dados, embora, talvez, com um menor aprofundamento, enquanto com as presenciais obteríamos um maior aprofundamento que possibilitaria maior exploração da informação.

A recolha de informação pela técnica da entrevista, no nosso estudo, e de acordo com Ketele e Roegiers (1993, p. 199), visava “fornecer um quadro suficientemente representativo da experiência da mulher durante um certo período, face a uma situação circunscrita”, foi, portanto, tida em conta a dimensão temporal, e tratou-se de uma *situação manipulada*¹³, no sentido em que se pretendia conduzir as interlocutoras para um terreno específico. Decorreram sob a forma de uma conversa natural, apesar do relato provocado de uma experiência de vida, mas totalmente aberto no caso das entrevistas presenciais, utilizando-se a técnica semi-dirigida, ou semi-estruturada, conduzindo-se as entrevistadas para aspetos precisos num contexto de livre discurso, dando-lhes espaço para falarem do que era importante para elas.

¹³ De acordo com os autores, em matéria de recolha de informação, o termo “manipulação” de uma situação não tem, necessariamente, uma conotação negativa. Deve-se à necessidade de levar a cabo a investigação. A manipulação da situação natural pode impor-se pelo objetivo visado e quando ela se revela possível sem destruir o carácter natural da situação.

Obedecendo-se aos princípios éticos que regem as entrevistas de investigação, logo no início, todas foram legitimadas e foi assegurado o anonimato. No caso das presenciais, foi solicitada a autorização para a gravação das mesmas, ao que nenhuma participante se opôs. Nas telefônicas, as participantes autorizaram o registo escrito dos seus discursos. Utilizámos o sistema de alta voz do telefone, que permitiria ter efetuado gravação simultânea, mas, como os discursos foram breves, tornou-se fácil a transcrição textual, o que, decorrente da prática do entrevistador, também é uma estratégia possível (Burnard, 1994, Smith, 2005 *cit in* Musselwhite et al., 2007).

Nas entrevistas telefônicas era contextualizado o contacto, e quando assegurada a continuidade de participação e a conveniência do momento, eram aplicados os instrumentos (PBGS e W-BQ12), continuando-se depois a entrevista, de acordo com o respetivo guião.

A duração das entrevistas telefônicas variou entre quinze e trinta minutos. Decorreram sobretudo à noite, momento em que as participantes se encontravam mais livres e disponíveis. Algumas participantes chegaram a referir a preferência por este método. Embora conhecessem a entrevistadora, achavam que era uma forma menos inibidora de conversarem e de exporem os seus sentimentos e emoções. No final era disponibilizado algum esclarecimento, caso a mulher mostrasse necessidade ou interesse.

As entrevistas presenciais iniciavam-se com um diálogo de acolhimento, tendo-se em conta a particularidade de cada entrevistada e, dado que existia um conhecimento prévio mútuo. Efetuava-se a contextualização da problemática, lembrando o tema do estudo e os objetivos da entrevista. Eram aplicados os instrumentos (PBGS e W-BQ12) e após o preenchimento, prosseguia-se com uma explicação sobre o procedimento a ter na entrevista, lembrando que a gravação podia ser por ela interrompida em qualquer momento.

Pretendia-se, desse modo, criar um momento confortável e oportuno para o seu decurso, verificando-se que foi muito eficaz em todas elas.

À investigadora coube lançar as questões seguindo o guião estabelecido e ouvir as participantes, deixando-as à vontade na exposição das suas ideias sobre as questões colocadas e dando-lhes tempo para pensarem sobre os assuntos. Mostrou-se sempre atenta, interagindo e evidenciando o seu interesse, através de palavras encorajadoras do discurso, gestos e/ou utilizando expressões faciais adequadas, reconduzindo os discursos quando as entrevistadas se afastavam da problemática do estudo, evitando induzir as respostas.

Estas entrevistas tiveram uma duração entre quarenta e sessenta minutos.

No final de cada entrevista, fazia-se uma análise sumária e foram, por vezes, registadas notas consideradas importantes e complementares aos discursos. A cada uma foi atribuído um número.

Após as entrevistas, houve a preocupação de criar um momento promotor de *caring*, aproveitado por algumas mulheres que expressaram os seus receios e desabafos, e solicitaram informação e ajuda, no sentido de melhor ultrapassarem a perda e retomarem o curso das suas vidas.

Consideramos ter sido importantíssimo o contacto pessoal prévio como preparação para as entrevistas, pois possibilitou o conhecimento entre investigadora e participantes, e informação essencial que facilitou a adesão à participação no estudo.

3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sendo a maternidade uma ideia tão intrínseca e culturalmente desenvolvida pela mulher, entende-se que qualquer acontecimento que a coloque em causa interfira no seu *bem-estar*, na medida em que a vai distanciar das suas aspirações, podendo influenciar negativamente o julgamento que fará da sua satisfação com a vida (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002). Segundo Layne (2003) a ênfase em finais felizes, quer se acredite serem resultado de intervenções médicas ou de poderes naturais inatos da mulher para reproduzir, exacerba a experiência dessas gravidezes cujos finais são menos felizes.

A dor de perder uma gravidez é algo que a mulher carrega sozinha, o que contribui para agravar a situação. Estas mulheres são afetadas por este evento de uma forma holística, considerando as dimensões emocional, psicológica e física, e os aspetos práticos e sociais. Os estudos têm evidenciado que uma perda, mesmo precoce, da gravidez induz uma reação de dor e luto como qualquer outra perda de um ente querido (Lok & Neugebauer, 2007).

Apresentam-se em seguida os resultados e a discussão referentes aos vários estudos.

3.1 - O LUTO PÓS PERDA DA GRAVIDEZ

Como já referimos anteriormente, alguns estudos (Beutel et al., 1995; Deckhardt et al., 1994, Hutti et al., 1989, Nickcevic et al., 1999, *cit in* Brier, 2008), analisando as alterações na intensidade do luto ao longo do tempo como uma referência, têm tentado responder à questão: qual a duração do luto após uma perda gestacional? Todos eles sugerem que há uma significativa redução na intensidade do luto aos seis/sete meses pós perda. No entanto, Lok e Neugebauer (2007) concluíram que o tempo de resolução é variado e enquanto algumas investigações falam em três/quatro meses, outras documentam que a resolução ocorra entre um a dois anos. Podemos concluir que está terminado quando é integrado harmoniosamente na vivência do presente.

A reação à perda da gravidez difere de mulher para mulher, conseqüentemente o processo de luto também é variável, embora nem todas as mulheres passem por um luto.

Melhorar os cuidados de enfermagem que queremos prestar à mulher após a perda de uma gravidez, implica fazer uma avaliação e monitorização do processo de luto, no sentido de se programarem as intervenções mais adequadas a cada caso. Para isso, é importante o uso de instrumentos fidedignos. Com o objetivo de avaliar o processo de luto nas mulheres, após o primeiro mês pós-perda da gravidez procedemos à aplicação da PBGS, por nós anteriormente validada, e que mostrou ser uma medida fidedigna e válida.

A recolha de dados efetuou-se no período compreendido entre janeiro de 2009 e maio de 2010, em três instituições hospitalares do Distrito do Porto.

A amostra, já anteriormente descrita (cf. p. 84), foi constituída por 100 mulheres que passaram por uma experiência de perda involuntária da gravidez, independentemente da causa e com tempo de gestação até 22 semanas, que, de forma informada e livre, aceitaram participar no estudo.

Apresentação e discussão dos resultados

Tendo presente que o luto é um processo individual, com duração variável, no sentido de conhecermos as manifestações/resolução de luto que as mulheres expressam neste período pós-perda, foram calculadas a amplitude, a média, o *score* médio¹⁴ e o desvio padrão na escala global, como se pode analisar na tabela 13.

Tabela 13 - Distribuição da amplitude, média, *score* médio e desvio-padrão da PBGS

Escala total	N.º de itens	Amplitude	Média	Score Médio	Desvio Padrão
Luto perinatal	15	15-48	24,0	1,6	6,1

De acordo com os resultados observados, e tendo em consideração que os valores da escala podem variar entre um valor mínimo de 15 e um máximo de 60, considerando-se 22,5 o valor médio da escala, podemos dizer que as participantes do nosso estudo apresentavam reações de luto, pela gravidez e futuro bebé, compatíveis com a fase pós-perda em que se encontram, diríamos até que, de

¹⁴ Produto resultante da divisão do valor da média pelo número de itens da escala.

acordo com os vários autores, evidenciavam uma boa recuperação no período em análise (Beutel *et al.*, 1995; Deckhardt *et al.*, 1994; Nickcevic *et al.*, 1999; Hutti *et al.*, 1989, *cit in* Brier, 2008), visto apresentarem um *score* médio de 1,60. Relembramos que *scores* mais elevados representam reações de luto mais intensas.

Apesar de o processo de luto não estar ainda resolvido para todas as mulheres, estava em fase de resolução para a maioria. Embora este evento nunca se esqueça e permaneça um sentimento de tristeza, observámos que tentavam integrá-lo nas suas vidas, readquirindo confiança em si próprias e nos outros, apresentavam capacidade para reinvestir noutras atividades e, algumas, numa futura gravidez, mostrando sentir que a vida tem sentido, factos estes que, de acordo com vários autores (Bonnano & Kaltman, 2001; Prigerson e Jacobs, 2001), são indicadores de uma integração da perda e uma adaptação normal.

Não encontramos qualquer relação estatisticamente significativa entre o *score* de luto e outras variáveis como: a idade, o estado civil, o número de filhos, o número de gestações e a gravidez planeada ou não, o que está de acordo com outros estudos (Klier, Geller & Ritsher, 2002; Lok & Neugebauer, 2007; Neugebauer, 2003; Rowlands & Lee, 2010; Swanson, Connor, Jolley, Pettinato & Wang, 2007). Este facto reforça a ideia de que o luto resulta, sobretudo, do desejo e do nível de investimento colocados na gravidez.

A maioria das mulheres apresentava uma relação conjugal estável, se considerarmos as que eram casadas (81%) e as que viviam em união de facto (14,9%) e, para a maioria delas, a gravidez tinha sido planeada (75,7%), uma evidência do envolvimento do casal. Estes fatores podem ter contribuído favoravelmente no processo de luto, dado que o suporte social disponibilizado pelas pessoas significativas, neste caso o suporte familiar, pode reduzir ou eliminar as consequências adversas destes eventos (Abboud & Liamputtong, 2005; Clauss, 2009; Plagge & Antick, 2009), e uma relação afetiva, de confiança é um fator chave na redução da vulnerabilidade e na recuperação da sensação de segurança e confiança. Tal como em outros estudos (Gerber-Epstein, Leichtentritt & Benyamini, 2009; Rowlands & Lee, 2010), o marido, ou companheiro, foi considerado para a maioria (97,3%) como a pessoa mais significativa no apoio disponibilizado no momento da perda e no período imediato, embora no período de recuperação e resolução do luto, as participantes tenham referido quão importante foi o contributo de outros elementos como os pais, particularmente as mães, os irmãos, os próprios filhos e outros familiares e amigos.

Tentando perceber se existia relação entre o luto e a idade gestacional no momento da perda da gravidez, efetuámos uma correlação de *Pearson* não se observando relação estatisticamente significativa. Este facto levou-nos a recodificar a variável contínua “Tempo de gestação”, numa variável dicotómica: “1º trimestre” e “2º trimestre”, que denominámos “Momento da perda”. Após aplicação do teste *t* de *Student*, verificámos a existência de uma diferença extremamente significativa ($t(98)=-3,45$; $p=0,001$) entre a ocorrência da perda da gravidez no primeiro trimestre ($n=84$; Média=23,1; DP=5,64) ou no segundo trimestre ($n=16$; Média=28,69; DP=6,73).

Embora alguns autores não tenham encontrado relação entre o luto e a idade gestacional (Klier, Geller & Neugebauer, 2000), Lok e Neugebauer (2007) citam outros que reportam que as respostas à perda se manifestam mais intensamente conforme mais avançada a idade gestacional (Janssen, Cuisinier & Graawv, 1997; Lin & Lasker, 1996; Stack, 1980).

Os estudos têm demonstrado que a ligação da mãe com o feto se desenvolve tendo subjacente uma elaborada e personificada representação interna do feto, que se manifesta por comportamentos e pela demonstração de cuidados e compromissos com ele (Hart & McMahon, 2006). Um dos fatores que contribui para o desenvolvimento do apego materno-fetal é a idade gestacional. Os estudos evidenciam que essa ligação tende a aumentar à medida que a gravidez progride (Alvarenga, Dazzani, Alfaya, Lordelo & Piccinini, 2012). O apego cognitivo é uma das dimensões consideradas no apego, e observado quando a gestante é capaz de ver o feto como um ser autónomo e real. Esse processo é particularmente favorecido pela sensibilidade aos movimentos do feto, o que é compatível com o segundo trimestre gestacional. Se a perda da gravidez acontece nessa fase pode, conseqüentemente, provocar uma rutura com efeitos mais profundos.

Nesta fase pós-perda, a maioria destas mulheres havia retomado a atividade profissional, algumas mais precocemente, como estratégia de *coping*, outras porque o período de licença para tratamento e recuperação, considerado na nossa legislação para estas situações (Decreto-Lei nº 194/96, de 16 de Outubro), e por prescrição médica, é estipulado entre 14 e 30 dias.

Com o intuito de analisarmos as relações entre as respostas aos itens da PBGS e as variáveis sociodemográficas em estudo, efetuámos alguns testes paramétricos e não paramétricos tomando como referência as características das variáveis e a normalidade da sua distribuição. Não se encontraram relações estatisticamente significativas entre os *scores* das respostas por item e a idade, o

estado civil, o número de filhos, o número de gestações e a gravidez planeada, ou não, o que está de acordo com outros estudos (Lok & Neugebauer, 2007; Neugebauer, 2003).

Pretendemos saber se o momento da perda da gravidez se relacionava com as respostas aos itens da escala, e encontrámos uma relação significativa na resposta aos itens: “8 - Sentiu que foi fácil pensar noutras coisas que não no bebé que perdeu”, “9 - Acariciou a sua barriga ou segurou-a como se ainda estivesse grávida” e “14 - Imaginou como teria sido o bebé”, conforme se pode observar na tabela 14.

Tabela 14 - Resultados do teste *t* de *Student* relativamente às respostas aos itens em função da etapa gravídica no momento da perda

	1º Trimestre Gravidez n=84	2º Trimestre Gravidez n=16		
	Média (DP)	Média (DP)	t (GI)	p
8 - Sentiu que foi fácil pensar noutras coisas que não no bebé que perdeu.	2,1 (0,8)	2,6 (0,8)	-2,19 (98)	0,031*
9 - Acariciou a sua barriga ou segurou-a como se ainda estivesse grávida.	1,4 (0,6)	1,9 (0,7)	-2,73 (98)	0,008**
14 - Imaginou como teria sido o bebé.	1,6 (0,6)	2,0 (0,8)	-2,32 (98)	0,023*

*Significativo para $p \leq 0,05$

** Significativo para $p \leq 0,01$

De acordo com os resultados apresentados, podemos dizer que as mulheres que perderam a gravidez no primeiro trimestre pensaram, de forma significativa, “mais facilmente noutras coisas para além do bebé que perderam”, e “imaginaram menos como ele teria sido”. Observou-se uma diferença estatisticamente muito significativa no que diz respeito ao item 9, que mostra que, as mulheres que mais “acariciaram a barriga como se ainda estivessem grávidas” foram as que perderam a gravidez no segundo trimestre de gestação.

Uma das dimensões do apego materno-fetal é a afetiva. O facto de a grávida acariciar a “barriga” é considerado uma manifestação do apego afetivo ao feto. É uma demonstração do prazer associado aos pensamentos e fantasias que envolvem o bebé e uma forma de contacto indireto e interação com o feto

(Alvarenga et al., 2006). De acordo com alguns autores, os indicadores do apego materno-fetal aumentam com a idade gestacional, em função dos exames ultrassonográficos, dos movimentos fetais, entre outros (Alhusen, 2008; Cannela, 2005). No nosso país, a vigilância de rotina propõe uma ecografia às grávidas entre as 11 e as 14 semanas de gestação. A visualização do feto através deste exame pode suscitar emoções promotoras do apego (Samorinha, Figueiredo & Cruz, 2009). Por estes motivos, é provável que as participantes cujas perdas ocorreram mais tardiamente tivessem já mais desenvolvida a ligação ao feto.

Relativamente ao item 13, após a aplicação do teste não paramétrico Mann-Whitney, verificou-se uma diferença estatística, extremamente significativa, entre os dois grupos. Assim, as mulheres cuja perda ocorreu no segundo trimestre (tabela 15) imaginavam mais sobre se iriam ter um rapaz ou uma rapariga (Média=4,75; DP=2,35), do que as que tiveram a perda no primeiro trimestre (Média=1,89; DP=0,97).

Tabela 15 - Idealização do bebé quanto ao género em função do tempo gestacional

Item 13 - Imaginou se teria tido um rapaz ou uma rapariga				
	n	Ordem Média	U	p
1º Trimestre	84	44,71	1.158,0	0,000***
2º Trimestre	16	80,88		

*** Significativo para $p \leq 0,001$

A representação personificada do feto desenvolve-se ao longo da gravidez e acentua-se a idealização do filho (Hart & McMahon, 2006). Entende-se que quanto mais formada for essa ideia para a mulher, maior o apego à gravidez e ao futuro filho.

A assunção de que o luto é um processo que varia de indivíduo para indivíduo sugere questões importantes sobre o que constitui um luto normal, ou complicado. Tal como já referido anteriormente, reações de luto normais são aquelas que, apesar de dolorosas, movem o sujeito para a aceitação da perda e para a capacidade de continuar a sua vida (Bonanno & Kaltman, 2001). De acordo com Prigerson e Jacobs (2001) os indicadores de uma adaptação normal incluem: a capacidade de sentir que a vida ainda tem interesse, sentido de segurança em si próprio, autoeficácia, capacidade de confiar nos outros e, também, para reinvestir em outras relações interpessoais ou atividades.

3.2 – A PERCEÇÃO DE BEM-ESTAR PÓS PERDA DA GRAVIDEZ

Sendo a maternidade uma ideia tão intrínseca e culturalmente desenvolvida pela mulher, entende-se que qualquer acontecimento que a coloque em causa interfira no seu bem-estar, na medida em que a vai distanciar das suas aspirações, podendo influenciar negativamente o julgamento que fará sobre sua satisfação com a vida (Keys et al., 2002).

Imediatamente após a perda de uma gravidez, é importante ensinar a mulher a reconhecer as suas respostas a esse evento e durante o processo de luto que pode ocorrer em consequência, e a geri-las eficazmente, evitando-se, deste modo, consequências adversas à sua saúde mental e física, e contribuindo para as emoções positivas e o bem-estar, o qual pode constituir um dos parâmetros importantes na monitorização do processo de luto, requerendo-se a utilização de instrumentos fiáveis.

Com o objetivo de avaliar a percepção de bem-estar nas mulheres, pós-perda da gravidez, procedemos à aplicação do W-BQ12, por nós anteriormente validado.

Estudámos, assim, uma amostra constituída por 74 mulheres, já anteriormente descrita (cf. p. 91), que haviam passado por essa experiência, independentemente da causa e com tempo de gestação até 22 semanas, possuidoras de telefone fixo ou móvel e que, de forma informada e livre, aceitaram participar no estudo.

Considerámos oportuno recolher a informação entre quatro e as oito semanas pós perda, por ser já considerado um período de recuperação e superação (Lok & Neugebauer, 2007), embora isso, por ser tão individual, seja tão difícil de definir. Essa recolha efetuou-se no período compreendido entre abril de 2009 e maio de 2010, em três instituições hospitalares do Distrito do Porto.

Apresentação e discussão dos resultados

No sentido de se conhecer a percepção de bem-estar que as mulheres manifestam após uma situação de perda involuntária de gravidez, foram calculadas a amplitude, a média, o *score* médio e o desvio padrão na escala global, conforme tabela 16.

Tabela 16 – Distribuição da amplitude, média, *score* médio e desvio padrão do Bem-estar geral

Subescalas e escala total	N.º de itens	Amplitude	Média	Score Médio	Desvio Padrão
Bem-estar geral	12	7 - 33	21,6	1,8	6,6

Nota: Valor da escala de Likert 0-3

Quanto ao *bem-estar geral*, os resultados permitiram inferir que as participantes nesta pesquisa apresentavam satisfatórios níveis de *bem-estar geral*, possivelmente compatíveis com a fase de recuperação e o processo de resolução do luto, tendo em conta o valor médio do *score* apresentado (1,80), e que os valores da escala podiam variar entre um mínimo de 0 e um máximo de 36, considerando-se 18 o seu valor médio, lembrando-se que valores mais elevados representam uma percepção maior de bem-estar.

No sentido de percebermos se os resultados se relacionam com o processo de luto, fomos correlacionar os valores obtidos na avaliação de bem-estar com os valores obtidos com a aplicação da PBGS. Estes resultados sugerem uma relação entre o luto e a percepção de bem-estar, que já tínhamos constatado aquando da validação do W-BQ12. Correlacionados, estes dois construtos díspares (o bem-estar subjetivo e o luto), apresentaram uma correlação negativa ($r = -0,30$, $p=0,01$) ou seja, quanto maior era a percepção de bem-estar que as mulheres evidenciavam, menor a expressão do luto.

De acordo com Davidson (2004), as alterações nos padrões de reação emocional desempenham um papel crucial na definição das variações de bem-estar. A perda da gravidez ao distanciar a mulher das suas aspirações pessoais e familiares origina, naturalmente, emoções e sentimentos negativos. O *bem-estar subjetivo* tem por base um balanço entre sentimentos positivos e negativos, que pode ser desequilibrado perante um evento crítico. De acordo com Lucas e Gohm (2000) a satisfação com a vida e a alegria aumentam a percepção de bem-estar. À medida que as mulheres vão aceitando e integrando a perda nas suas vidas, atenua-se o sofrimento e o luto, formulam-se novas expectativas, aumentam as capacidades para enfrentar novos desafios e sobressaiem os sentimentos mais positivos, conduzindo a uma mais elevada percepção de bem-estar.

Com o intuito de pesquisar relações entre a percepção de *bem-estar geral* e as variáveis sociodemográficas, e mediante o recurso à estatística inferencial, verificámos que não havia diferenças estatisticamente significativas em função da

idade, profissão, estado civil, ter filhos, planeamento da gravidez, o número de gestações, idade gestacional no momento da perda, e ter, ou não, sido submetida a procedimentos cirúrgicos.

Realizámos, ainda, a análise descritiva da percepção de bem-estar de acordo com as subescalas do W-BQ12. Calculámos a amplitude, a média, o *score* médio e o desvio padrão nas várias dimensões que se apresentam na tabela 17.

Tabela 17 – Amplitude, média, *score* médio e desvio padrão das subescalas do W-BQ12

Subescalas e escala total	N.º de itens	Amplitude	Média	Score Médio	Desvio Padrão
Bem-estar negativo	4	0 - 12	5,4	1,3	3,2
Energia	5	1 - 15	8,8	1,7	3,5
Bem-estar positivo	3	2 - 9	6,2	2,0	1,7

Nota: Valor da escala de Likert 0-3

A análise dos resultados nas várias subescalas permite dizer que, entre as participantes, a percepção de bem-estar positivo aparece com o valor mais elevado, seguindo-se a energia e o bem-estar negativo. Podemos inferir que as participantes apresentavam níveis satisfatórios de *bem-estar positivo* e de *energia* abaixo do valor médio, revelando, no entanto, satisfação com a sua vida pessoal e entusiasmo e confiança para continuarem o seu percurso.

A perda da gravidez com todas as suas implicações, enquanto evento stressor, poderá interferir negativamente na percepção que cada mulher faz do seu bem-estar. À medida que a expressão desse desgosto vai diminuindo, e se vai resolvendo esse luto, é recuperado o nível de bem-estar, tornando-se gradualmente mais positivo.

Tentando perceber se existia relação entre os *scores* das subescalas (*bem-estar-positivo*, *energia* e *bem-estar-negativo*) e o tempo decorrido após a perda da gravidez, efetuámos uma correlação de *Pearson*, não se observando relação estatisticamente significativa. Este facto levou-nos a recodificar a variável contínua “número de dias pós-perda”, numa variável dicotómica: “menos de 30 dias” e “mais de 30 dias”, que denominámos “Dias pós-perda”. Após aplicação do teste *t* de *Student*, verificámos a existência de uma diferença significativa ($t(54,1) = -2,42$; $p=0,019$) entre a percepção de energia nos dois grupos: as mulheres que

perderam a gravidez há mais de trinta dias ($n=84$; Média=7,06; DP=3,28) reportaram um nível de energia superior ao das mulheres que perderam a gravidez há menos de 30 dias ($n=20$; Média=5,50; DP=2,07). Podemos inferir que à medida que recuperam física e psicologicamente do evento negativo os níveis de *energia* aumentam, o que é compatível com um processo de recuperação salutar.

Da mesma forma, após recodificação da variável contínua “Número de filhos”, na variável dicotômica “Existência de filhos”, com as categorias sim ou não, observámos uma diferença estatisticamente significativa entre a percepção de *bem-estar positivo* e a existência, ou não, de filhos ($t(72)=2,42$; $p=0,018$). As mulheres sem filhos ($n=40$; Média=9,08; DP=2,00) reportaram um nível de *bem-estar positivo* superior ao das mulheres com filhos ($n=34$; Média=7,88; DP=2,23).

Embora os estudos não evidenciem diferenças estatisticamente significativas nas respostas à perda devidas à existência/inexistência prévia de filhos (Neugebauer, 2003; Swanson et al., 2007), o certo é que, muitas vezes, as mulheres sentem a perda da gravidez desvalorizada pelo facto de já terem outros filhos, sendo isso visto pelos outros como uma forma de consolo pessoal, e podem, por isso, receber um menor reconhecimento da dor e menos apoio familiar ou social, com as consequentes repercussões na sua percepção de bem-estar (Neugebauer et al., 1992).

3.3 – VIVER A PERDA, SER CUIDADA E ULTRAPASSÁ-LA

O tratamento de dados e a análise, tradicionalmente, são conotados com objetividade, mas, “hoje, é sabido que objetividade em investigação qualitativa é um mito” (Corbin & Strauss, 2008, p. 32). Cada investigador transporta consigo o seu particular paradigma, que inclui perspectivas, treino e vieses. Estes seus aspetos fundem-se no próprio processo de investigação. Em oposição a essa tal objetividade, podemos designar por sensibilidade essa capacidade de o investigador colocar algo de si próprio, ao envolver-se, sendo capaz de perceber aspetos relevantes, eventos e acontecimentos nos dados observados. A sensibilidade que lhe permitirá perceber o que os participantes querem dizer, trazendo à superfície “os não ditos”. Cada analista, de uma forma mais ou menos consciente, usa as suas estratégias mentais durante a análise. Esta é em grande parte intuitiva, o que requer confiança em si mesmo para tomar as decisões certas. Importa questionar os próprios dados, fazer comparações, analisar os vários significados das palavras e procurar expressão de emoções (Ryan & Bernard, 2000; Thomas, 2000).

Com o objetivo de percebermos quais as necessidades, sensíveis aos cuidados de enfermagem durante o processo de abortamento, no hospital, e depois da alta hospitalar, durante a fase de recuperação pós-perda, efetuámos a recolha de dados através das entrevistas telefónicas e presenciais entre abril de 2009 e maio de 2010.

O grupo de participantes nas **entrevistas telefónicas** constituiu-se por 74 mulheres que passaram por uma experiência de perda involuntária da gravidez, independentemente da causa e com tempo de gestação até 22 semanas, possuidoras de telefone fixo ou móvel e que, de forma informada e livre, aceitaram participar no estudo.

A caracterização foi anteriormente apresentada (cf. p. 91), mas relembramos que a média da idade das participantes era de 31,82, com intervalo entre 17 e 44 anos. A maioria era casada (81,1%), 14,9% viviam em união de facto, as restantes 4,1% incluíam solteiras e separadas.

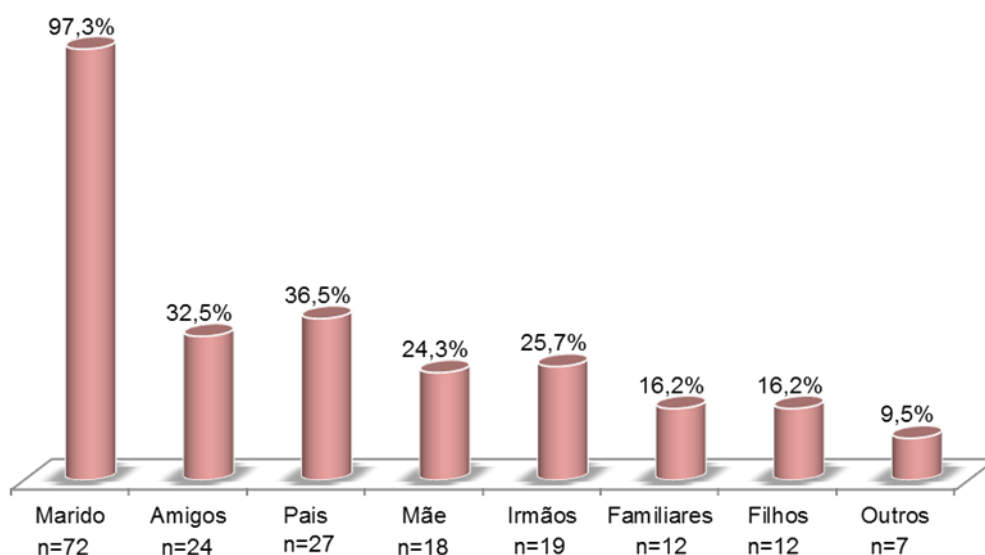
Sobre o facto de a gravidez ter sido planeada, 75,7% responderam sim. Para 91,9% das inquiridas, tinha sido uma gravidez aceite, enquanto para as restantes 8,1% a gravidez não foi aceite no início, ou nunca foi aceite.

Destas participantes, 64,9% passaram por um processo espontâneo de expulsão do produto de conceção, enquanto 35,1% necessitaram de algum tipo de

intervenção cirúrgica. A idade gestacional média em que ocorreu a perda foi de 10,65 semanas. Para 27% das mulheres, essa era a primeira gravidez. O número médio de filhos era de 0,5, no entanto, 54,1% não tinham nenhum filho.

A maioria das participantes elegeu o marido/companheiro como a pessoa mais significativa no apoio emocional, no entanto, como se pode observar no gráfico 1, a mãe e os pais foram igualmente referidos como significativos, tal como outros elementos familiares. Salienta-se, assim, a rede familiar como a forma de suporte preferido das mulheres, embora algumas tenham referido pessoas da rede social, como colegas, vizinhos ou comadre (outros).

Gráfico 1 - Pessoas mais significativas no apoio emocional recebido para as entrevistadas telefonicamente



Como estratégias de *coping* utilizadas para lidar com este evento crítico, a distração é a mais frequentemente referida (86,3%; n=64), embora muitas mulheres deste grupo (41,9%; n=31) tenham citado o trabalho como forma de se distraírem; o evitamento (9,5%; n=7), partilhar a experiência (8,1%; n=6), pensamento positivo (6,8%; n=5) e espiritualidade (2,7%; n=2) são as outras estratégias mencionadas.

Quando questionadas sobre a satisfação com os cuidados que receberam durante o período de internamento, 68,9% (n=51) das participantes referiram estar satisfeitas com os cuidados, enquanto 31,1% (n=23) evidenciaram alguma forma de insatisfação. Destas, 34,8% (n=8) referiram que tiveram pouca informação sobre o processo de abortamento e atitudes terapêuticas, 30,4% (n=7) mostraram-se insatisfeitas com o atendimento que lhes foi proporcionado; a forma como foram

preparadas para a alta foi motivo de insatisfação para 17,4% (n=4), enquanto 21,7% (n=5) das mulheres referem outros aspetos, tais como: gestão da dor, suporte emocional, ambiente e comunicação.

O grupo de participantes nas **entrevistas presenciais** constituiu-se por 18 mulheres que passaram por uma experiência de perda involuntária da gravidez, independentemente da causa e com tempo de gestação até 22 semanas, que de forma informada e livre, aceitaram participar.

Podemos dizer que quanto ao estado civil 66,7% (n=12) das participantes eram casadas, 27,8% (n= 5) viviam em união de facto e 5,6% (n=1) era solteira. Para todas as participantes foi uma gravidez aceite.

Entre as participantes, 61% (n=11) não tinham filhos, enquanto 33,3% (n=6) possuíam um filho e 5,6% (n=1) tinha dois filhos.

Apresentamos na tabela 19 a distribuição destas participantes em função da idade, do número de filhos, do número de gestações, da idade gestacional no momento da perda e do número de dias pós-perda no momento da entrevista.

Tabela 19 - Distribuição das participantes em função da idade, número de filhos, número de gestações, idade gestacional e tempo pós-perda

	Média	Desvio-padrão	Mediana	Amplitude
Idade	31,5	5,5	31,0	17-41
Nº de filhos	0,4	0,6	0,0	0-2
Nº de gestações	0,8	1,1	0,0	0-3
Tempo gestação em semanas	10,3	3,0	9,5	7-20
Nº dias pós-perda	39,5	8,6	39,0	28-63

De acordo com a atividade profissional, 38,9% (n=7) destas entrevistadas pertencia ao grupo dos especialistas das profissões intelectuais e científicas, enquanto 22,2% (n=4) pertenciam ao grupo do pessoal dos serviços e vendedores e 16,7% (n=3) ao grupo dos operários, artífices e trabalhadores similares. As restantes participantes distribuía-se pelos outros grupos em menores percentagens.

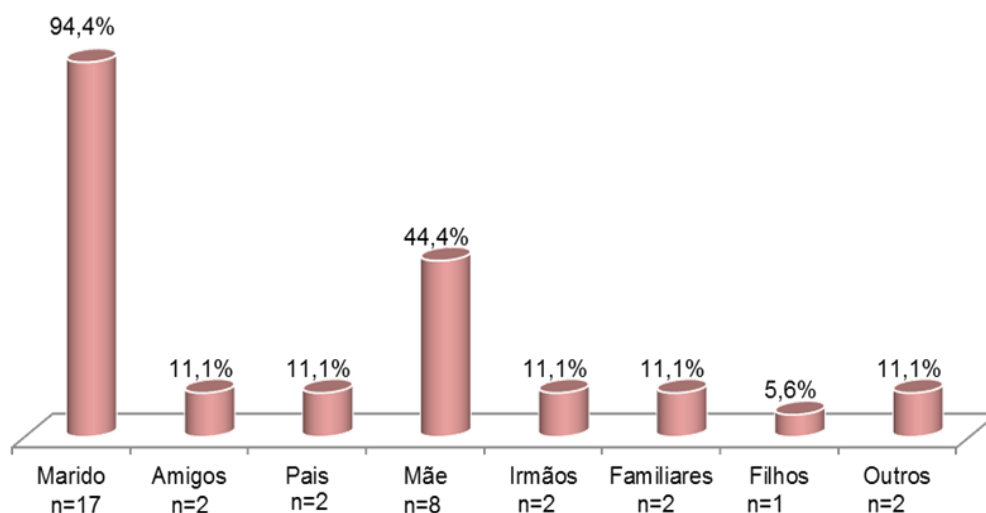
Podemos acrescentar que para 61,1% (n=11) das mulheres tratava-se da primeira gravidez e que, do total das participantes, 66,7% (n=12) passaram por um

processo espontâneo de expulsão do produto de concepção, enquanto 33,3% (n=6) necessitaram de algum tipo de intervenção cirúrgica.

Sobre a satisfação com os cuidados durante o período de internamento 55,6% (n=10) das participantes referiram estar satisfeitas, enquanto 44,4% (n=8) evidenciaram alguma forma de insatisfação. Destas, 50% (n=4) referiram que tiveram pouca informação sobre o processo de abortamento e atitudes terapêuticas, 12,5% (n=1) mostrou-se insatisfeita com o atendimento que lhe foi proporcionado e com a preparação para a alta efetuada, enquanto para 25% (n=2) das mulheres outros aspetos, tais como: gestão da dor, suporte emocional, ambiente e comunicação, estiveram na origem da sua insatisfação.

Entre estas participantes, e como se pode verificar no gráfico 2, o marido/companheiro e a mãe foram as pessoas consideradas mais importantes no apoio e no suporte emocional proporcionados. Os restantes elementos da rede familiar, e a rede social (outros=vizinhos), apesar da menor expressão, também são referidos.

Gráfico 2 - Pessoas mais significativas no apoio recebido para as entrevistadas presencialmente



Entre as estratégias de *coping* utilizadas para lidar com este evento crítico, a distração e o trabalho são as mais frequentemente referidas (38,9%; n=7) por estas participantes, seguindo-se partilhar a experiência (27,8%; n=5), evitamento (5,6%; n=1) e espiritualidade (5,6%; n=1).

Na tentativa de percebermos a preferência das mulheres pela entrevista presencial (EP) ou telefónica (ET) procurámos a existência de relação com as variáveis sociodemográficas e o *score* de luto. Efetuámos o teste *t* de *Student*, o *Pearson Chi Square* e o *Fisher's exact test*.

Observámos que as mulheres que preferiram a EP, relativamente às que preferiram a ET, distinguiram-se nas seguintes características: a) maior número de dias pós-perda ($t=-2,35$ (GL=19,9), $p=0,03$); b) menor número de gestações ($t=3,04$ (GL=28,3), $p=0,005$); c) estavam grávidas pela primeira vez (Teste exato de Fisher =0,013).

Este resultado talvez se explique pelo facto da primeira perda de gravidez ser, frequentemente, desvalorizada socialmente e as mulheres não receberem o apoio de que carecem. Estas mulheres podiam ver neste encontro a possibilidade de desabafarem os seus anseios e medos, de sentirem validada a sua dor e de receberem o necessário apoio e informação (McLean & Flynn, 2012; Adolffson, 2011b). Tendo em conta a atividade profissional destas participantes, a decisão em engravidar pode ter tido alguma relação com o momento da carreira profissional, com um conseqüente elevado investimento na gravidez, originando uma acentuada frustração.

A informação de natureza qualitativa, recolhida através das entrevistas, foi tratada com o recurso à análise de conteúdo. Bardin define-a como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (2011, p. 38). Para Vala (2005), a análise de conteúdo permite efetuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas. De acordo com Guerra, “a análise de conteúdo pretende descrever situações, mas também interpretar o sentido do que foi dito” (2006, p. 69). Traduz-se, assim, em duas dimensões, uma descritiva e outra interpretativa com o objetivo de salientar os indicadores que permitam inferir uma outra realidade para além da mensagem.

A transcrição das entrevistas foi integral e fiel ao que foi dito, resultando em 150 páginas, no caso das presenciais, e em 18 páginas, no caso das telefónicas. Foram depois impressas num formato com margens largas para o registo de anotações.

Pretendia-se uma análise categorial temática, pelo que efetuámos uma leitura “flutuante” do texto, de forma a captarmos as primeiras impressões e a orientarmo-nos na interpretação dos discursos. As leituras seguintes, exaustivas e

mais profundas, permitiram salientar parágrafos e frases que exprimiam similaridades em pensamentos, práticas e padrões de comportamento. Procurámos regularidades e padrões. Foram emergindo os núcleos de sentido e, utilizando sublinhados com diferentes cores, fomos delimitando e agrupando as unidades significativas, de acordo com o nível semântico, e fomos escrevendo nas margens as palavras ou frases que melhor as representavam. Esses indicadores comuns, constituídos por agrupamento e por semelhança de sentido, deram origem às subcategorias, categorias e temas. Neste processo de categorização teve-se em conta a integração do particular no geral.

Numa etapa seguinte, a lista de categorias e subcategorias foi organizada, de forma a compreendermos a sua essência e o seu significado. Foi analisada e verificada a sua relação entre o que expressavam e o objeto de estudo, tendo por base o nosso quadro conceptual de problematização e os respetivos guião e objetivos das entrevistas. O princípio indutivo esteve presente, na medida em que as categorias do presente estudo foram construídas indutivamente a partir dos dados e, sistematicamente, refinadas e definidas no decurso do processo de categorização, tendo em conta as qualidades propostas por Bardin (2011) – exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade, fidelidade e produtividade.

Quadro 2 – Síntese dos temas, categorias e subcategorias

TEMA	CATEGORIA	SUB-CATEGORIA
Viver a Perda	A perda na perspetiva da mulher/família	Perceção negativa Tomada de conhecimento Negação Sentimento de injustiça Ver ou não ver Significado da perda Nos outros filhos
	Confronto com a realidade	Regresso a casa
	Reconhecimento da perda e da dor	Pelo marido Pela família Pelos outros
Ser Cuidada	Na instituição	Estrutura física e organização funcional Hospitalização
	Pelos médicos	Atitude relacional médico-utente
	Pelos enfermeiros	Acolhimento Afetividade Disponibilidade Acompanhamento/Presença Profissionalismo Controlo da Dor Informação
	Pelos familiares	Presença/Acompanhamento durante o internamento
Ultrapassar a Perda	Rede de suporte	Conjugal Familiar Amigos/Outros
	Estratégias adaptativas	Evitamento Distração
	Comunicação	Falar com os outros sobre a perda Aceitar que falem sobre a perda
	Partilhar experiência	Recetividade a grupos de apoio/outros
	Luto e Bem-estar	Resolução do Luto
	Retomar a vida	Atividades familiares e profissionais
	Integrar a perda	Aceitação/Dar significado Criar memórias
	Perspetivas futuras	Engravidar, ou não, outra vez

De acordo com alguns autores (Carpenter 2002; Thomas, 2000), apoiarmos num segundo investigador para rever os dados e verificar as categorias será

uma forma de verificação da validade. Nesse sentido, efetuou-se uma discussão e uma análise comparativa dos dados com a co-orientadora do estudo, e outra com uma colega externa a esta investigação e com prática na utilização deste método. Finalmente, do material em análise emergiram três temas, quinze categorias e trinta e cinco subcategorias, como se pode observar no quadro 2.

Deu-se continuidade à análise e interpretação dos dados e desenvolveu-se uma matriz de análise de conteúdo. Dos discursos das nossas participantes, procurámos destacar os aspetos identificadores e as unidades de registo que se agregavam às respetivas subcategorias.

Garantiu-se a exclusividade pela verificação de que cada unidade de registo apenas integrou uma categoria; a exaustividade foi conseguida porque todas as unidades de registo semelhantes foram colocadas numa categoria (Bardin, 2011).

No sentido de facilitar a operacionalização da matriz, para além da transcrição dos excertos dos discursos das participantes, apresentados em itálico, utilizaram-se alguns códigos ou símbolos semânticos:

ET – Entrevista telefónica, enumerada de ET1, ET2...ET74;

EP – Entrevista presencial, enumerada de EP1, EP2 ...EP18;

... – Pausa no discurso ou momento de hesitação;

(...) – Excertos da transcrição original que não foram relevantes na análise;

[] – Colocou-se entre parêntesis retos uma palavra ou frase de ligação com as unidades de registo, ou alguma informação que enriquece o discurso.

Partindo-se do sistema de categorias estabelecido, procedemos à interpretação e análise dos discursos das nossas participantes face à problemática em estudo, articulando-se com o exposto por outros autores e outros estudos, e considerando-se os três temas orientadores.

3.3.1 – Viver a Perda

Este tema traduz a forma inicial como a mulher se confrontou com a perda da gravidez e do futuro filho, bem como o significado que ela acha que esse evento teve para os outros conviventes significativos. Este tema emerge das três categorias: Impacto da perda na mulher/casal; Confronto com a realidade; Reconhecimento da perda e da dor.

A perda na perspectiva da mulher/família

Esta categoria emerge das seguintes subcategorias: Percepção negativa; Tomada de conhecimento; Negação; Sentimento de injustiça; Significado da perda; Ver ou não ver; Nos outros filhos

O forte contraste que medeia o momento entre estar grávida e deixar de estar conduz a mulher a uma situação por vezes atordoante, em que se entrelaçam múltiplos sentimentos, resultantes de variadas expectativas. Para muitas mulheres, o principal e hipotético problema poderá consistir na capacidade em engravidar. Se isso se concretiza, a ideia de um insucesso gravídico parece muito remota, sobretudo se seguirem os cuidados adequados e recomendados e, talvez nem se tenham debruçado sobre essa mesma ideia, dado que socialmente esses eventos negativos são frequentemente ocultados por quem os vivencia. Assim, quando esta situação surge é como um choque, cujo efeito, na mulher/casal/família, depende de vários fatores. Letherby (1993, p.167), a este propósito, utiliza uma expressão muito elucidativa “miscarriages do not occur solely in a uterus, but in a woman; and miscarriages do not occur solely in a woman, but in a family”.

O impacto deste evento é influenciado por condições como o desejo de um filho e o seu planeamento, o apego à própria gravidez, as expectativas familiares, o decurso da gravidez e as possíveis intercorrências, a forma mais ou menos abrupta como ocorre a perda, o contexto em que recebem essa informação, ou confirmação da perda, bem como o significado que lhe é atribuído, não esquecendo, ainda, as características pessoais que permitem lidar com situações adversas. Estes fatores, ao condicionarem a mulher no momento desse impacto, condicionam simultaneamente o processo de ajustamento necessário para a gestão da crise e para a recuperação.

Desta forma, quando abordamos a experiência da perda de uma gravidez é importante abordarmos o fenómeno pela perspectiva de quem o viveu, tendo em conta o que é que cada mulher percecionou nesse crítico evento. Se a ligação ao “objeto perdido” é diferente de mulher para mulher, a intensidade e diversidade das emoções daí resultantes serão, igualmente, variadas.

PERCEÇÃO NEGATIVA

A maioria das mulheres, incluindo as do nosso estudo, sabe pouco sobre a perda da gravidez, o abortamento, até ao momento em que elas próprias o experienciam. No entanto, existem mulheres, mais ansiosas, que a partir do momento em que tomam conhecimento da sua gravidez receiam sempre que algo lhes possa acontecer. Por outro lado, aquelas com mais informação sobre os riscos de uma gravidez mantêm, por vezes, uma atitude mais defensiva na fase inicial e se, por acaso, alguma coisa não corre como previsto, conseguem, por vezes, captar pequenas alterações (Adolfsson et al., 2004; Jansson & Adolfsson, 2010) como nos manifestaram algumas das nossas participantes:

- (...) *achei que alguma coisa não estava bem no meu corpo (...) achei que alguma coisa de estranho se passava, mesmo com o meu peito* (EP3);

- (...) *aquela pressão física do colo é uma coisa violenta... para mim foi a consciência física de que havia alguma coisa que não tinha funcionado bem* (EP7);

- (...) *perdi umas gotinhas de sangue (...) sentia que alguma coisa não estava a correr bem, não sei... eu não sou entendida minimamente no assunto... mas sei lá... alguma sensibilidade* (EP10).

Por outro lado, quando a perda se evidencia de uma forma mais lenta, permite à mulher uma melhor compreensão do fenómeno e um luto antecipatório, permitindo a partilha com o companheiro e uma gestão mais eficaz das suas emoções e reações no momento crítico:

- (...) *eu comecei a perder sangue e de maneira que as coisas já não estavam a correr muito bem e ouvia-se muito mal o coração... eu fui logo mentalizando-me* (EP6);

- (...) *quando eu comecei a ter aquele corrimento eu fui logo para a internet e eu só via realmente – aborto espontâneo (...) eu fiz logo o prognóstico (...) a partir do momento em que fiz a 1ª ecografia disse ao meu marido: - Vamos esquecer que isto existiu, é como se não tivesse nada* (EP14);

- (...) *eu tinha pequenas hemorragias (...) desde a 1ª eco fiquei sensibilizada para a perda (...) era mesmo aquele sufoco de saber que as coisas não estavam bem porque depois era aquela constante perda de sangue e uma pessoa não se sentia, ou hoje perdia bastante e amanhã já não perdia nada e depois era assim: - Olha, afinal já está a melhorar, já não perco, isto vai correr bem. E depois no dia a seguir*

voltava a sangrar e depois voltava a não sangrar (...) Tanto que houve uma altura em que eu dizia: - Isto está aqui não sei a fazer o quê; ou então: - Não sei o que é isto (EP17).

A manifestação de uma perda da gravidez nem sempre é um fenómeno claro. Essa incerteza que se gera como que transporta a mulher para aquilo a que Moulder (2002) chama de “limbo”, aumentando os níveis de stresse e ansiedade que ela pode sentir. Ela pensa, por vezes, que pode acontecer, mas não sabe que vai acontecer, ignora as manifestações na expectativa de que corra bem. É um período difícil em que balanceia a evidência física contra a esperança de que a gravidez continue.

Quando não é a primeira vez que ocorre a perda da gravidez, a atitude defensiva da mulher é notória, ela quer acreditar, mas tem medo de acreditar:

- Como não foi a primeira perda, já estava de certo modo preparada (ET64).

Diante de uma perda previamente sentida, ou anunciada, estamos perante aquilo a que Lindemann (1944) designou como “luto antecipatório”, que pode ser entendido como o tipo de luto que ocorre antes da perda real. De acordo com vários autores (Álvarez, 2007; Boss, 2002; Rando, 2000), poderá ser positivo, dado que proporciona a oportunidade para encontrar mecanismos de enfrentamento. É um fenómeno adaptativo, no sentido em que o indivíduo tem a possibilidade de se preparar cognitivamente, emocionalmente e espiritualmente para o acontecimento seguinte: a morte, a perda. O luto antecipatório não substitui o luto pós-perda, mas ajuda a enfrentar o momento com maior controlo.

No caso destas mulheres, o desequilíbrio causado pela iminência da perda da gravidez pode ser amenizado pela possibilidade de expressarem os seus sentimentos e partilharem os seus medos com o companheiro, de tomarem decisões em conjunto, de enfrentarem a situação de forma unida. São comportamentos que ajudam na aceitação e adaptação a essa nova realidade. Quando as pessoas se conseguem unir para vivenciarem um momento difícil, poderão atenuar o seu impacto.

TOMADA DE CONHECIMENTO

Muitas mulheres, antes de estarem grávidas fisicamente, já o estão psicologicamente, no sentido em que fantasiavam sobre uma entidade que é puramente mental nesse momento, mas pela qual vão desenvolvendo um desejo. A

confirmação da gravidez vem dar-lhe forma, ele torna-se realidade. Esse período caracteriza-se por contentamento, sucesso e controlo. Concordamos com outros autores sobre o facto de que a perda da gravidez é sempre inesperada para as mulheres (Andrade, Silva & Silva, 2004; Bazotti, Stumm & Kirchner, 2009), conforme se depreende dos discursos das nossas participantes:

- (...) *abortei em casa, não estava preparada* (ET8);

- (...) *fiquei chocada e sem saber o que é que estava a acontecer-me...* (ET72).

A vigilância precoce, considerada como um cuidado de qualidade e que a maioria das mulheres procura, bem como a utilização dos meios auxiliares de diagnóstico, como a ecografia, propiciam que um grande número das perdas gestacionais seja confirmado num momento considerado de rotina, o que faz, cada vez mais, com que essas perdas sejam vividas num contexto médico, formal.

Esperado pela mulher com ansiedade, o momento da consulta e da ecografia é geralmente visto como aquele em que se poderá visualizar o bebé, ouvir o coração a bater. Na opinião de Frost, Bradley, Levitas, Smith e Garcia (2007), essa “foto” pode simbolizar para a mulher/casal a apresentação do novo elemento da família, propícia para promover laços afetivos e melhor idealizar o futuro.

A comunicação de uma morte fetal, ou da inviabilidade de uma gravidez, é uma notícia que ensombra a vida e o futuro de qualquer mulher ou casal. Para muitas, uma gravidez mal sucedida associa-se a perdas hemorrágicas e poucas estão despertas para as “mortes esquecidas”, sem sintomas. Raramente as mulheres, ou os casais, vão preparados para notícias desagradáveis num momento considerado de vigilância, embora, quando isso acontece, sob a perspetiva feminina das participantes do nosso estudo, o impacto dessa notícia seja considerado mais ténue, nos homens. A gravidez está presente na mulher psicologicamente e fisicamente. Ela é real. De acordo com Gerber-Epstein, Leichtentritt e Benyamini (2009), a experiência de perder uma gravidez é, em primeiro lugar e sobretudo, uma experiência da mulher e só dela. O feto é sentido como uma parte de si própria e a sensação de vazio é frequentemente referida pelas mulheres (Adolfsson et al., 2004; Frost et al., 2007; Lok & Neugebauer, 2007). É, talvez, o único fenómeno em que elas sentem, literalmente, a morte dentro de si:

- (...) *chegar à consulta e saber que o feto não tinha vitalidade, foi um banho de água fria* (ET46);

- (...) *foi um choque assim violento... foi uma sensação de vazio... quando o médico me disse - já não há vida - confesso-lhe que me senti muito esquisita (...)* aquela morte custou-me muito (...) *já não há, já não há bebé, já não há nada...é um vazio muito grande, (...) curiosamente, eu acho que o meu marido sofreu menos do que eu porque o meu marido estava...mais de pé atrás, receoso (...) o meu marido teve sempre medo de acreditar, de não ser verdade (...) estava a crescer aqui não estava a crescer na barriga dele... e ele, por natureza, porque é muito precavido, defendeu-se melhor, ele tinha as barreiras todas armadas, percebe? E então... não vou dizer que não chorou, que não teve o choque dele... mas viveu isto de uma outra forma (EP1);*

- (...) *senti que o momento desta perda representou uma paragem na vida (ET15);*

- (...) *foi frustrante, foi um pesadelo (...) era um menino, ia ser um Duarte (EP16);*

- (...) *senti algum choque, logo a seguir, e momentos de chorar, a pessoa parece que se sente incapaz... de ser alguém, vá digamos assim, é um momento de incapacidade, digamos assim (...) o meu marido, sente-se nele que em alguns momentos ele está completamente desiludido (EP6);*

- (...) *eu sei que ele também sentiu isso... [tristeza] e eu vi-o chorar... só que eu acho que ele ultrapassa melhor do que eu (...) no fundo eu acho que ele não valoriza tanto como eu (...) não era nada, não! Tinha coração... se a pessoa está grávida, se o corpo dá sinais, está [ali] uma vida (EP2).*

O momento do confronto com a perda rodeia-se de incertezas – como, quando, onde, porquê, porquê eu? –, tornando difícil abarcar o seu significado (Frost, 2006 *cit in* Frost et al., 2007). Esta é a fase do choque, durante a qual as pessoas podem ter dificuldade em assimilar a informação. De acordo com alguns autores (McCoyd 2007; McLaughlin, 2005), nesse momento, as pessoas ficam como que envoltas em neblina, mas isso pode ser considerado como protetor, na medida em que é uma forma de lidarem com uma notícia para a qual ainda não estão preparadas. Deve dar-se-lhes tempo e deve-se reformular a informação, utilizando-se uma linguagem acessível e permitindo que a pessoa recupere e evolua para a fase reativa (Jansson & Adolfsson, 2011), na qual consegue retomar o seu estado de consciência e interiorizar o evento:

- (...) *e quando ela me disse que não havia nada no saco eu apanhei um baque, por muito que eu já tivesse falado, nós não falámos muito sobre isso, foi um baque e eu até disse – olhe deixe-me processar a informação que eu ainda nem... - foi um baque muito grande porque eu não estava...(EP7);*

- (...) o médico disse que não detetava batimentos cardíacos (...) sei lá... eu não me conseguia situar numa palavra, só chorei, chorei... no dia que soube foi chorar até dizer chega... fechei-me na casa de banho sozinha (EP3);

- (...) dada a situação de urgência, o turbilhão de ideias era enorme (ET29);

- (...) um misto de... é inexplicável... foi uma confusão muito grande na minha cabeça (...) eu tinha os pés assentes na terra e eu tinha a sensação que não sentia o meu corpo, foi muito complicado mesmo, já passados uns dias de eu ter abortado e de eu ter perdido o meu bebé, é que eu caí em mim, é que eu senti... (...) ele [marido] ficou muito contente [com a gravidez], e também foi difícil para ele, foi confuso... (EP4).

Uma má notícia afeta sempre negativamente as expectativas da pessoa e a forma como ela é dada influencia de sobremaneira a sua reação. Se essa notícia não for dada de uma forma subtil e cuidada, a reação pode, ainda, ser menos controlada e mais intempestiva como, por exemplo, quando é comunicada durante o próprio exame, numa situação de maior vulnerabilidade da utente:

- Eu fui à Santa Casa da Misericórdia fazer a ecografia, a médica que estava lá foi muito bruta [pronuncia acentuadamente] – eu estava ali deitada, não é, e ela diz – Ah! Você tem de ir lá dentro, tem de tirar a cueca que o bebé está morto – e eu... Ah! Eu até me virei para o M... e gritei (...) eu toda exaltada! (...) o meu marido, ele ficou tão chocado quanto eu, chorava perdidamente (EP9).

Esta opinião é corroborada por Liamputtong e Abboud (2005), num estudo que efetuaram e, com base nas opiniões das participantes, os autores concluem que a forma como estas más notícias são transmitidas é um aspeto que deve ser melhorado.

Contrariamente, se houver algum cuidado na forma como é transmitida, explicando e mostrando as imagens de forma clara e direta, mas sensível às reações da mulher/casal, mais do que defendendo-se do desconforto que a situação provoca, isso poderá atenuar o choque e ajudar a compreender e aceitar melhor o facto (Moulder, 2002):

- (...) não me fez muita confusão, porque eu via que não estava lá nada (...) eu teria sofrido muito mais se eu visse lá realmente um embrião... (...) na altura foi, foi um bocadinho [chocante], porque primeiro foi uma coisa planeada (...) já tínhamos falado que ia calhar na altura do Natal, aqueles planeamentos e, de um momento para o outro as coisas, as coisas andaram todas para trás... (EP14).

Muitas mulheres, pela impossibilidade de terem alguém disponível que as acompanhe no momento da consulta ou do exame, ou mesmo porque nunca pensaram que algo de menos positivo aí pudesse passar-se, dão por si sozinhas no momento em que são confrontadas com alguma intercorrência ou com a inviabilidade da gravidez. Para alguns profissionais, habituados a estes acontecimentos, por vezes, esta mulher é vista como mais um caso clínico. Para outros, a dificuldade em lidarem com os seus próprios lutos condiciona-os no envolvimento empático com aqueles que se encontram nessa situação. Isto leva a que estes casos, por vezes, sejam tratados como uma rotina (Adolfsson et al., 2004; Capitulo, 2005), não se verificando quaisquer procedimentos específicos para estas mulheres, após a consulta, no que respeita ao apoio. Não existe, por vezes, uma enfermeira de apoio nestes serviços, ou não existe o cuidado necessário para que a senhora se recomponha do choque num espaço isolado, facultando-lhe a possibilidade de contactar algum familiar antes de ir embora:

- (...) o primeiro impacto foi muito complicado (...) estava sozinha (...) saí do consultório de rastos, de rastos (...) [tentava engravidar] há 7 meses, o que para mim já estava a se tornar “muiito” tempo (...) sete meses já era demais (...) isso foi até o que mexeu mais comigo, porque o que eu pensava era, se eu [es]tive tanto tempo para conseguir e agora que consegui, como é que vai ser (...) eu tinha sintomas de gravidez. Alguns enjoos, algumas tonturas, o peito maior, mas não tinha sintomas de um aborto, ou seja, nunca perdi sangue, nunca tive dores, nunca tive nada, ou seja, eu fisicamente a minha gravidez parecia normal e a correr bem (...) a tendência de pensar naquilo é constante (...) no dia em que eu soube, foi difícil, foi uma noite complicada... (EP15);

- (...) olhe o mundo a desabar... o chão a fugir... sozinha... e foi terrível... entrei em desespero, só chorei, fiquei sem saber o que fazer, o que pensar... pronto... o primeiro impacto foi de desespero, de pensar porque é que isto acontece (EP8);

- (...) estava, [sozinha] infelizmente. [responde emocionada] foi logo como um estalo (...) Um buraco assim muito grande, nós estamos lá no meio (...) em termos de viabilidade de vida não tinha (...) nunca pensei na interrupção, nunca me passou pela cabeça [emocionada] (EP12).

Esta carência de apoio é corroborada por Séjourné e colaboradores (2010a) num estudo sobre as necessidades de apoio sentidas por 305 mulheres em situação de abortamento, no qual identificaram a necessidade de apoio imediato no momento do diagnóstico.

De acordo com os relatos das nossas participantes, partilharem o desgosto, exprimirem mais facilmente as suas emoções e sentirem o apoio de alguém, no momento em que receberam aquela notícia, foi entendido como benéfico:

- (...) *estava acompanhada, estava com o meu marido, felizmente! (...) eu não queria acreditar, pronto. Agora quando ela disse o coração não bate, deixou de se desenvolver, é que atingi, ou quis atingir, quis perceber o que ela me quis dizer, e a reação que eu tive foi chorar, chorei, chorei, chorei (...) no momento tinha de ir para casa e chorar (...) para os meus pais foi uma tristeza muito grande, eu sei disso, o meu marido é uma pessoa muito fechada, eu nunca o vi chorar, (...) senti que ele estava a chorar, mas nem vi porque ele escondeu-se (EP5);*

- (...) *ainda bem que os meus pais vieram comigo porque senão, eu acho (...) eu fiquei assim... deu-me vontade de chorar... e eu disse – e agora? Fiquei assim tão... nunca passei por isto, não é? (EP2).*

No caso de mulheres que haviam perdido anteriormente a gravidez, as reações no momento em que se confrontaram de novo com esse facto foram diferentes. Embora a gravidez seguinte seja, igualmente, desejada e planeada, para algumas, é evidente uma dificuldade em se ligarem a ela da mesma forma. De acordo com Kiwi (2006, *cit in* Ockhuijsen, Boivin, van den Hoogen & Macklon, 2013), as mulheres em situação de perdas recorrentes podem criar um escudo de proteção emocional na tentativa de reduzirem a dor que isso causa. As pessoas já conhecem essa realidade, sabem que pode voltar a acontecer, e adotam uma atitude mais defensiva, evitam pensar nisso, mas ao mesmo tempo preparam-se para o pior. De acordo com Worden (1998, *cit in* Zilberman, 2003), doses graduais de enfrentamento de dificuldades podem funcionar de um modo semelhante ao da imunização: quanto mais, maior o grau de proteção e eficácia face aos eventos críticos:

- *A primeira vez foi muito pior. Pessoalmente, agora, encaro este facto de uma forma mais racional (ET64).*

A primeira gravidez é qualitativamente diferente das seguintes, na medida em que marca a passagem da juventude, sem filhos, para a parentalidade. É um período de sublevação emocional e psicológica (Gerber-Epstein et al., 2009). Embora sendo uma transição normativa é, também, um momento crítico na formação da identidade feminina em que a mulher se prepara para a próxima etapa,

a da maternidade. A interrupção precoce de uma primeira gravidez encontra a mulher no auge de um complexo processo (*ibidem*).

Segundo Ockhuijsen e colaboradores (2013), quanto mais gravidezes perdidas uma mulher experiencia mais elevado é o nível de incerteza que ela deposita na gravidez seguinte, criando, assim, um reforço que a ajuda a controlar as emoções. No entanto, para algumas a esperança renova-se à medida que avançam nas tentativas, como se fosse impossível a manutenção de tamanho infortúnio:

- *Foi a terceira perda e estava confiante que esta gravidez teria sucesso. Foi um choque* (ET68).

Mais uma vez se constata que as reações dependem de cada pessoa e dos seus contextos. Aos profissionais cabe-lhes estarem atentos a essa multiplicidade e adequarem as suas intervenções às necessidades de cada indivíduo.

Dar más notícias é extremamente difícil e stressante e, embora ao fazê-lo de um modo cuidado não se consiga diminuir a dor que causa, fazê-lo de um modo mais displicente parece aumentar a curto e a longo prazo essa dor (Henley & Schott, 2008). A informação que se disponibiliza e o estilo adotado afetam a mulher/casal na compreensão e aceitação do evento (Moulder, 2002; Williams, Munson, Zupancic & Kirpalani, 2008), bem como o seu sentido de bem-estar e a sua capacidade de *coping* (Cecil, 1994). Ao receberem más notícias, mesmo devastadas, as pessoas sentem se isso foi feito com respeito, com sensibilidade, com afeto, e isso permanecerá nas suas memórias.

Gerber-Epstein e colaboradores (2009) verificaram que as mulheres muitos meses ou anos após um evento desta natureza o conseguiam reconstruir, aparentemente, de forma exata.

A mulher/casal deve ser informada sobre os procedimentos seguintes.

Pode ser necessário repetir ou reformular a informação através de uma linguagem clara. Deve considerar-se espaço para que as pessoas possam colocar as questões que requeiram clarificação e, ainda, facilitar o contacto com um familiar para o acompanhamento da mulher no caso de estar só.

NEGAÇÃO

A negação é a recusa em acreditar naquilo que se vê ou ouve (Boss, 2002). Neste caso, é a recusa em aceitar uma realidade física. Ainda de acordo com esta autora, é comumente aceite que a negação é uma forma de defesa perante uma realidade externa rejeitável.

Há mulheres para as quais o desejo de ter um filho é tão grande que mesmo perante uma ameaça real à continuidade da gravidez não acreditam que isso vá acontecer-lhes. Mesmo perante alguns sinais evidentes no seu corpo, elas encontram alguma justificação que lhes parece mais plausível, evitando a objetividade dos factos:

- (...) comecei a perder sangue... é assim comecei a perder bocadinhos de sangue e eu ignorei, porque dizem: – Ah! Pode ser o bebé adaptar-se e não sei o quê... – e eu fui ouvindo aquilo e também há tantas grávidas que estão com o período e têm... – Não te preocupes... – o certo é que eu andava super em baixo (...) mas pronto, a minha vida profissional acho que foi a causadora, a sério, eu acho mesmo, acho que sim... é assim eu tinha consciência que estava a fazer uma coisa mal e deixei fazer, eu tenho consciência de que se eu tivesse posto a mãozinha na cabeça e dissesse: – Para! Porque eu estou a perder sangue. – E dizerem-me assim: – Ai não te preocupes!... – As pessoas às vezes até dizem por simpatia... e eu ouvia aquilo, tipo e... desculpava-me... (EP13).

Outras, perante a informação, dada por um profissional, de que a gravidez é inviável, não acreditam (Adolfsson et al., 2004) e precisam de outra opinião, ansiando para que seja diferente e lhes satisfaça o seu desejo de que tudo corra bem:

- (...) não se via a batida cardíaca do bebé (...) só que eu não aceitei! Entrei em pânico, a primeira atitude foi entrar em pânico e, depois, até rejeitar mesmo o que a Dr.^a me disse (...) NEGUEI, NEGUEI [perentória] para mim própria e mesmo para quem estava à minha beira, tanto neguei que fui procurar um médico particular (...) Vai bater o coração! Vai bater o coração! - Era só aquilo que me vinha à cabeça e eu nunca em momento algum, nunca desisti, nunca (EP18).

Perder uma gravidez pode ser considerado pela mulher/casal o fim de um sonho, de uma esperança, de um bebé. A aceitação desse facto é, por vezes, difícil e as pessoas necessitam de mais dados, ou tempo, para absorverem essa ideia e iniciarem o processo de adaptação. De acordo com Moulder (2002), as

consequências emocionais da perda não podem ser compreendidas se descontextualizadas da vida do casal. Esse contexto determina se a negação é usada como resposta a um evento stressor ou a uma situação (Boss, 2002). As reações dependem, inevitavelmente, da cultura e dos valores, das experiências e das características de cada indivíduo.

A função da negação é discutível, segundo Boss (2002). Para a autora, ela será disfuncional quando impeditiva da preparação cognitiva para a separação, ou perda, ao bloquear a reorganização da pessoa, ou da família, mantendo esse sistema num estado não resolvido.

SENTIMENTO DE INJUSTIÇA

Segundo Franco (2005), as pessoas vivem os seus relacionamentos pessoais com sentido de posse, o que torna os processos de desapego difíceis. Quando entram em contacto com a morte, esta passa a ser encarada como perda e nunca como um rompimento inerente à existência. Por outro lado, Kovács (2002) refere que a vida adulta é marcada pela ponderação, mas, ao mesmo tempo, pela distância da ameaça da morte, em função da busca constante pela satisfação das necessidades materiais e realizações pessoais e de *status*.

Os sentimentos de raiva e zanga surgem associados à fase do choque, presente em qualquer situação de perda e de luto (Adolfsson, 2006; McLaughlin, 2005; Nagraj, S. & Barclay, S., 2009; Kavanaugh & Wheeler, 2007). Para as pessoas que a experienciam, o mundo parece, repentinamente, injusto com elas (Adolfsson et al., 2004). Sentem que a vida que lhes correspondia por direito, na qual haviam depositado tantos sonhos e esperanças, as traiu. Questionam porque é que aquilo lhes aconteceu:

- (...) *porque é que me acontece isto a mim...* (EP8).

Como refere Letherby (1993), a perda de uma gravidez é um evento único, mas não individual. Embora isso aconteça a muitas mulheres, como esse acontecimento se rodeia de um certo secretismo, para a maioria há um desconhecimento sobre a sua frequência (Frost et al., 2007), pelo que cada mulher se sente única nesse momento:

- (...) *é aquela coisa que revolta, bolas, então mas porque é que isto acontece, não é? Há tanta gente que não quer ter filhos e eu quero tanto... porque é que isto me acontece a mim e não aos outros?* (EP5).

Por vezes, sentem que há injustiça na vida, pois praticam-se tantas interrupções voluntárias, enquanto outras tantas pessoas tentam ter um filho e não conseguem, como se pelo facto de a gravidez ser desejada, ela nunca devesse ser interrompida, como evidencia uma das nossas participantes:

- (...) *senti-me injustiçada quando vi uma jovem a pedir uma IVG, que ironia...* (ET14).

Muitas vezes, as mulheres sentem que pelo facto de cuidarem e vigiarem a sua gravidez isso é condição suficiente para o seu desenvolvimento e para o nascimento do bebé, com sucesso:

- *porque é que isto me vai acontecer a mim se eu tive uma série de cuidados que, se calhar, muita gente não tem e não lhes acontece nada?* (EP15).

Esta ideia de que seguindo todas as regras nos cuidados pré-natais, “contratualizam” receber um bebé saudável é, igualmente, apresentada por outros autores (Barr & Cacciatore, 2008; Clauss, 2009; Kavanaugh & Hershberger, 2005; McCoyd, 2007; St John et al., 2005).

Na vida das pessoas surgem, por vezes, alguns eventos que fazem estremecer as suas mais profundas crenças religiosas. Criam-se momentos de reflexão em que se questiona a noção de alguma ordem cósmica ou justiça divina, em que a natureza ou a religião contrariam o racionalismo científico. O momento em que uma gravidez falha pode ser um desses:

- *Não foi justo! Eu durante a minha vida inteira, sempre tentei fazer bem ao meu semelhante, sempre ajudei toda a gente. - E agora eu consigo dizer, onde é que estava Deus para me ajudar a mim, uma coisa que eu tanto queria, e pronto, e inclusive eu cheguei a dizer: - Agora não vou fazer nada para ficar grávida, Deus dá filhos a quem não quer, que trabalhe Ele e que me dê um a mim – eu dizia aquilo, convicta do que estava a dizer* (EP18).

O nascimento e a morte permanecem nos derradeiros mistérios da vida e a interrupção involuntária da gravidez torna-se perturbadora. Nesse momento, a pessoa revolta-se com Deus porque sente que foi esquecida por quem a devia defender de qualquer mal. No caso desta mulher, ela sente que cumpriu a parte que lhe competia e não foi recompensada, chegando mesmo a regatear com Deus uma nova gravidez.

Esta revolta e este regatear com Deus são abordados por vários autores (Kohn & Moffitt, 2000; McLaughlin, 2005) como fazendo parte do segundo estágio do luto. Esta raiva surge como a emoção secundária ao bloqueio das emoções que irromperam inicialmente. Dura normalmente pouco tempo, mas pode ser recorrente.

A raiva pode ser direcionada para outras pessoas próximas, como familiares ou mesmo profissionais de saúde. McLaughlin (2005) diz até que essa raiva é saudável, desde que a pessoa consiga geri-la, igualmente, de modo saudável. Se isso interferir na capacidade da pessoa se comportar como mãe, esposa, ou empregada, por exemplo, será necessário algum tipo de ajuda específica.

De acordo com Worden (1991, *cit in* Bensouilah, 2011), a primeira tarefa para a resolução do luto é a aceitação, intelectual e emocional, da realidade da perda, embora para a maioria das pessoas a aceitação intelectual surja primeiro. As explicações científicas, mesmo que prováveis, dadas numa linguagem acessível para cada pessoa, podem constituir um importante contributo para a compreensão do evento e diminuição das emoções negativas, sobretudo se dirigidas a outros, ou a uma entidade religiosa. Ainda a este propósito, Clauss (2009) cita um estudo de Nikcevic e colaboradores (1999), no qual os autores sugerem que a discussão sobre a possível etiologia da perda da gravidez confere benefícios na forma como se faz a adaptação emocional após a perda. Ultrapassada esta fase e de acordo com vários estudos, as mulheres com maior afinidade religiosa e espiritual parecem menos predispostas a um luto prolongado (Bacidore, Warren, Chaput & Keough, 2009; Frost et al., 2007).

VER OU NÃO VER

Perder uma gravidez com seis ou oito semanas pode ter o mesmo significado emocional para a mulher/casal como perder uma com quarenta semanas. Para eles, o feto pode ser considerado como pessoa desde o estágio inicial da gravidez e esse facto nem sempre é reconhecido pelos profissionais de saúde que têm tendência para o desvalorizarem, favorecendo os aspetos físicos do abortamento (Bryant, 2008, Jacobs & Harvey, 2000, Webster-Bain, 2011, *cit in* Evans, 2012).

Perceber o que cada mulher sente que perdeu e se quer ou não ver o que profissionalmente designamos por produto da concepção é fundamental para uma prática de cuidados de qualidade.

Os estudos que encontramos sobre esta problemática reportam-se sempre a perdas fetais tardias ou mesmo nado-mortos (Callister, 2006; Kavanaugh & Wheeler, 2007; Kobler, Limbo & Kavanaugh, 2007; Lasker & Toedter, 1994; Moulder, 2002; Radestad, 2001; Williams et al., 2008). Estes autores salientam que para muitos pais poderem ver e estar com o seu bebé é muitas vezes o único ritual fúnebre, uma forma de legitimarem aquela vida e assim resolverem o luto mais facilmente, sendo por isso uma prática muitas vezes aconselhada. São escassos os estudos que abordem a problemática de ver ou não o produto de concepção, resultante de perdas precoces da gravidez.

Como já referimos anteriormente, torna-se difícil definir a natureza destas perdas, pois embora fosse algo que não conheciam, para muitas das nossas participantes já era uma história, um sonho, uma fantasia ou uma esperança. Nesse sentido queriam ver o seu bebé:

- (...) *o bebé começa por ali, é o meu bebé, portanto, se eu tivesse visto... se calhar... tinha-me despedido e feito o luto, no sentido físico do termo...pronto (EP1);*

- (...) *achei que sim. Acho que as pessoas gostam. Apesar de às vezes poderem ficar impressionadas... não nesse aspeto não fiquei, mas quis ver, é evidente que dá um aperto muito grande. É inevitável (EP11);*

- (...) *quis ver o embrião e pedi à médica que me explicasse (...) era um bocadinho que era meu e pertencia-me, e eu disse-lhe - eu sei que se calhar não vou ver nada, mas se calhar, para mim, vou ver muito (...) eu queria ver o que era meu (EP18).*

Por vezes, essa visualização pode ser uma forma de verificarem uma malformação ou a suspeita de alguma coisa que não estava a decorrer como esperado. Confirmar a inevitabilidade pode ajudar na aceitação e integração da perda:

- (...) *eu só desisti depois, aliás, que eu quis ver o feto; eu pedi para o ver, só aí é que eu disse: - Pronto teve que ser mesmo assim (ET18);*

- (...) *vi, aconteceu, mas se não tivesse acontecido eu queria ver... era mais para ter a certeza que aquilo que os médicos me tinham dito era realmente verdade (EP16).*

Este último testemunho lembra-nos um fator importante a ter em conta que é a impreparação que, quase sempre, estas mulheres têm sobre o que podem observar, mesmo querendo e, pior ainda, quando não querem, como relatam

algumas participantes e que é corroborado por um estudo efetuado por Smith, Frost, Levitas, Bradley e Garcia (2006):

- (...) *vi e acho que teria sido melhor não ter visto* (ET8);
- (...) *não queria ver o aborto...* (ET21);
- (...) *é assim, preparada se calhar não estava porque eu também não sabia o que é que ia sair, eu nem sabia como é que... eu não gostei muito do aspeto do que vi porque o saquinho saiu direitinho... quando olhei... é um saco cor de sangue (...) depois o que me custou foi quando o entreguei à enfermeira* (EP17).

Esta última frase é bem elucidativa do que custa desligar-se daquilo que era seu, do final do sonho.

Algumas mulheres, preferem não ver o produto de concepção e essa atitude é tão natural como a contrária. As respostas das mulheres variam e devem ser respeitadas. Enquanto, anteriormente, a atitude de ver o “bebé” era muito incentivada, atualmente, entende-se que esse aspeto seja conversado e que a decisão caiba à mulher. Chalmers e Meyer, num estudo que efetuaram em 1992, argumentavam que os resultados sugeriam que no caso de se apresentar um feto completamente formado, vê-lo podia ser considerado positivo, retrospectivamente, enquanto que se o produto da concepção se assemelhasse a um conjunto de tecidos, as mulheres tendiam a preferir não o terem visto. Por outro lado, Hughes e colaboradores (2002, *cit in* Hughes & Riches, 2003), num estudo que efetuaram com mulheres grávidas, após uma perda anterior, observaram níveis mais aumentados de ansiedade e stresse pós-traumático naquelas que haviam visualizado o bebé em comparação com aquelas que não tinham visto.

Estes argumentos remetem-nos, enquanto profissionais de saúde, para a promoção de uma decisão informada da mulher/casal, sobre ver ou não ver o produto de concepção, ou o seu “bebé”.

SIGNIFICADO DA PERDA

Na opinião de Moulder (2002), são várias as formas pelas quais se pode definir quando um feto se pode tornar um bebé, mas nenhuma definição é usada de forma uniforme. Essas definições influenciam os que nos rodeiam, e a nós mesmos, na definição da experiência individual. Sob o ponto de vista biológico, o feto torna-se um bebé quando é capaz de sobreviver fora do útero materno. No entanto, há

definições baseadas no critério da idade gestacional, do peso, bem como disposições legais para o registo e para os procedimentos fúnebres. Em Portugal, por exemplo, isso só é obrigatório a partir das vinte e oito semanas de idade gestacional. Este facto acaba por diminuir o estatuto legal do feto, ou do bebé, contribuindo para diminuir o significado e o reconhecimento dessa perda, promovendo, assim, um luto escondido. Podemos, ainda, considerar as definições religiosas, como no caso dos católicos, em que a vida tem início desde o momento da concepção e em que o bebé existe, como tal, desde esse momento, embora os rituais fúnebres só se desenrolem de acordo com as definições legais. Ao nível hospitalar, para os profissionais de saúde, os termos aborto, feto e bebé são utilizados de forma indiscriminada, baseados nos vários critérios existentes e que podem envolver tanto as suas próprias emoções, como as das mulheres.

O que parece claro é que todas estas definições não parecem ter em conta as perceções e os sentimentos da mulher sobre o que lhe aconteceu. Definições legais ou culturais apresentam pouca relação com a vivência da perda (Moulder, 2002). Aliás, se atentarmos aos discursos das mulheres grávidas, elas falam sempre do seu bebé, nunca do seu embrião ou feto. Este dilema parece colocar-se só após o abortamento:

- (...) perdi uma coisa que não sei o que era, mas que ao mesmo tempo já era meu... já era... não sei se lhe posso chamar bebé, naquele tempo, naquele período... repare para mim quando me falam de ovo, feto, embrião, do que quer que seja, quer dizer isso é para mim tão vago... são noções tão vagas... tão abstratas, exactamente! Que, pronto, aquilo para mim é o meu bebé, o bebé começa por ali... é o meu bebé (EP1).

Ainda de acordo com a mesma autora, o tempo de gestação pode influenciar o quanto uma mulher se sente próxima do seu filho, ou o quanto ela sente que o filho é uma entidade independente dela, mas não necessariamente como ela o sente como o seu bebé (Frost, 2007), nem o seu apego. Antes de estar fisicamente grávida, a mulher fantasia e inicia a sua história reprodutiva, estabelecendo uma ligação com essa forma puramente mental (McCoyd, 2007). Este facto é bem evidente no discurso de uma das nossas participantes:

- (...) é sempre uma perda, independentemente de ser avançada ou não (...) já havia o quarto, já se idealizava tudo (...) começamos a fazer projetos, não é, quando há uma gravidez... eu acho que é quando queremos engravidar, queremos ter um filho... (EP11).

O bebê desejado é simultaneamente uma fantasia e uma entidade interna, intrínseca ao corpo da mulher (Côté-Arsenault & Dombeck, 2001). Muitas pessoas pensam que as reações emocionais a uma perda da gravidez são proporcionais ao tempo de gestação. Há vários estudos que não refletem essa ideia (Evans, 2012; Klier, Geller & Neugebauer, 2000 *cit in* Lok & Neugebauer, 2007; Kirkley-Best, 1981; Thapar & Thapar, 1992 *cit in* Klier, Geller & Ritsher, 2002; Toedter, Lasker & Janssen, 2001) e os resultados mostram que a tristeza e o luto estiveram presentes nas mulheres, independentemente do tempo de gestação que apresentavam.

Não é só a morte do bebê que as pessoas têm de superar, é também a perda da esperança e da alegria que isso representava. Conhecer o sexo, nomear o bebê e planejar o futuro podem constituir formas de aproximação, de tornar mais real o que se deseja, influenciando igualmente o significado que se atribui à perda (Adolfsson et al., 2004; Brier, 2008; Moulder, 2002):

- (...) *era menino (...) sempre quis ter 4 filhos rapazes (...) [é] uma perda, um desgosto muito grande, sei lá...* (EP12);

- (...) *a pessoa quase que já começa [a sentir-se mãe] desde o minuto em que se diz que está grávida, a pessoa já começa a idealizar, aliás já... ia-se chamar Rodrigo se fosse menino e ia-se se chamar Francisca se fosse menina; já existia a cor do quarto, já dizia ao Ricardo, ao meu filhote, se ele queria dividir o quarto com o mano, ou não, (...) claro para nós e eu falo por mim, para nós eu quase que queria ficar com ele, mesmo assim morto, eu quase que queria ficar com ele para sempre dentro de mim, eu sei que é impossível, mas quase que queria ficar com ele (...) jamais a gente consegue viver a vida como vivia antes de isso nos acontecer* (EP18).

A gravidez é um dos eventos que muda a vida das pessoas para sempre. Este é um processo de transição que, mesmo interrompido, não permite que a vida volte a ser exatamente como antes. Pode superar-se mas é inesquecível (Letherby, 1993).

Segundo esta autora (*ibidem*, p.167), “não se escolhe quando ter filhos, mas sim quando não ter”. Quando há dificuldade na concepção, aumenta a ansiedade e o desejo por esse filho, não só na mulher/casal como em toda a família:

- *Andei anos a tentar engravidar sem conseguir, agora de repente, sem contar, engravidei. Nós, e a minha família, criámos grandes expectativas na gravidez, portanto, foi um enorme desgosto* (ET70).

Por vezes, perder uma gravidez pode ser encarado pela mulher como uma falha pessoal, no sentido em que ela se sentia a principal responsável pelo seu filho, pelo seu desenvolvimento, podendo mesmo tornar-se uma culpa. No discurso desta nossa participante pode observar-se aquilo que Barr e Cacciatore (2008) designam de desvalorização do *self*:

- (...) *o que sentia é que... sentia-me triste, porque não conseguia, não consegui...* (EP11).

De acordo com Hale (2007, p.25), enfrentar esta culpa implica atender a dois princípios: “a) o princípio da alternativa possível – ninguém é culpado por uma ação se não pudesse ter atuado de outra forma; b) o princípio da prevenção possível – a pessoa só é moralmente responsável por um evento se o pudesse ter prevenido”. O facto de se poder fazer escolhas deliberadamente dá poder às pessoas, e é isso que, numa primeira análise, torna possível que elas sejam responsáveis. Enquanto ela podia ser responsável pela vida e desenvolvimento saudável do seu bebé, não pode sê-lo pela sua perda. Conversar sobre este facto com as pessoas ajuda-as a perceberem melhor esta realidade.

Na nossa sociedade, a maternidade ainda pode ser vista como um exemplo de feminilidade e sucesso (Frost et al., 2007), o que poderá contribuir para que familiares e amigos criem grandes expectativas em cada gravidez que aconteça depois de um ou mais insucessos, embora isso possa constituir, de certa forma, pressão sobre a mulher, salientando a sua diferença:

- (...) *agora, acho que são as pessoas que valorizam mais do que eu o facto de ser a 4ª vez que acontece* (ET64).

Kiwi (2006, *cit in* Ockhuijsen et al., 2013) argumenta que as mulheres com perdas recorrentes podem desenvolver um escudo emocionalmente protetor durante a gravidez, na tentativa de reduzirem a dor ou impedirem a perda. Este facto é igualmente comentado por Côté-Arsenault e Donato (2011).

De acordo com vários autores, mulheres com uma história de perdas sucessivas de gravidez não apresentam níveis de stresse emocional superiores aos apresentados por mulheres sem perdas prévias (Conway, 1992 *cit in* Lok & Neugebauer, 2007; Neugebauer et al., 1992). No entanto, apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos (Bernazzani & Bifulco, 2003; Neugebauer, 2003), o que pode contribuir para um processo de luto mais longo.

De acordo com Côté-Arsenault e Dombeck (2001), ser humano é distinto de ser pessoa. A noção de “humano” respeita à espécie biológica, enquanto “pessoa” ocupa uma posição social num contexto sócio-cultural. A “pessoalização” do feto depende da relação que a mulher estabelece com ele (Maguire, 1989 *cit in* Côté-Arsenault e Dombeck, 2001). Verifica-se, por vezes, em algumas mulheres, uma construção e uma identificação tão reais do feto que lhe atribuem um estatuto de pessoa, até na forma de morrer. Reações similares são mencionadas por alguns autores (Adolfsson et al. 2004; Côté-Arsenault & Dombeck, 2001):

- Se o coração batia ele estava vivo, portanto era uma vida que eu tinha ali, sofreu de certeza, eu penso, eu às vezes ponho-me a pensar: como é que foi? Sofreu muito ao morrer? (...) também havia muitas coisas, a minha idade... se viesse ia ser uma alegria... o que isto fez com que... esta situação levou-me a pensar que eu fiz muito mal em só querer um filho [chora] (EP2).

A propósito da perda da gravidez em mulheres com idade mais avançada, Neugebauer (2003), num estudo que efetuou, verificou que os sintomas depressivos eram inversamente correlacionados com a idade. Assim, mulheres mais velhas apresentavam menos sintomas depressivos, quando comparadas com mulheres mais jovens em idêntica situação.

Tal como em outros estudos (Brier, 2008; Frost & Condon, 1996; Gesteira, Barbosa & Endo, 2006; Lok & Neugebauer, 2007; Van & Meleis, 2003), também entre as nossas participantes se verifica que a reação a uma perda de gravidez provoca emoções semelhantes às que poderiam advir da morte de alguém que se ama:

- (...) para mim, custou-me tanto como perder uma pessoa e, era uma pessoa que eu ainda nem conhecia, mas que já gostava tanto (EP6).

Para muitas mulheres, não se trata tanto de perder a gravidez, mas sim da morte do seu bebé (Van & Meleis, 2003). Ao longo dos tempos os filhos têm sido vistos como os representantes e continuadores da imagem e identidade dos pais.

Se a gravidez adquire significados variados para as pessoas, o mesmo acontece com a sua interrupção não desejada e abrupta. Podemos verificar que entre as nossas participantes, o significado que atribuem à perda da gravidez é diferente, tal como se constata em outros estudos similares (Corbet-Owen & Kruger, 2001; Gerber-Epstein et al., 2009; Swanson, 1999b; Van & Meleis, 2003). Este facto reveste-se de particular importância para os enfermeiros, na medida em

que isso pode significar cuidados direcionados a diferentes necessidades sentidas pelas suas clientes, embora em situações clínicas idênticas, contribuindo para melhores resultados em saúde e uma maior satisfação nas utentes.

NOS OUTROS FILHOS

Atualmente, as famílias têm uma dimensão cada vez mais reduzida, sendo também cada vez mais planeadas. A gravidez torna-se, assim, um evento vivido e partilhado de forma intensa no seio dessa família. Quando já existem filhos, e porque muitas vezes o desejo que eles manifestam por ter irmãos é grande, afigura-se difícil aos pais esconderem essa alegria e acabam por divulgar a notícia da gravidez precocemente:

- (...) *depois com o miúdo (...) ele sabia, e depois, também dava a ideia dele e, depois, era uma coisa que ele queria muito, era um irmão ou uma irmã, mas mais irmão* (EP17).

Para as crianças, o anúncio da chegada de um irmão pode dar forma à ideia de brincadeiras partilhadas, pode significar a presença constante de um “amigo”, pode concretizar ter o mesmo que outros amigos têm. Estas imagens desenvolvem-se a partir do momento em que conhecem a notícia, partilhando-a muitas vezes com amigos e colegas de escola. Se, repentinamente, são confrontados com a notícia de que isso já não se irá verificar, pode ser difícil entenderem:

- (...) *o meu filho culpa-me, diz que eu é que não consigo dar-lhe um irmão, os outros conseguem, mas eu não...* (ET32).

Não encontrámos muitos estudos nesta área e aqueles a que tivemos acesso abordam sobretudo a problemática da perda de irmãos. Apesar de vários autores falarem sobre as reações das crianças a este tipo de perda, na opinião de Kavanaugh e Wheeler (2007), não se tem efetuado muita investigação sobre as respostas das crianças à perda de um futuro irmão. No entanto, na opinião destas (*ibidem*) e de outras autoras (Kohn & Moffitt, 2000; Moulder, 2002), a idade e a maturidade emocional são os principais preditores das respostas observadas nas crianças. As crianças não estão preparadas para a perda e requerem paciência e amor que as ajudem a compreender a situação. As explicações que são dadas às crianças devem estar de acordo com a sua idade e com a sua capacidade de compreensão:

- (...) *mesmo a minha filha com 6 anos, é difícil explicar a uma criança (...) e continua a pedir, está-me sempre a perguntar quando é que a minha barriguinha está boa* (EP3).

De uma forma global, as manifestações de luto numa criança dependem da sua capacidade para conceptualizar a morte, da sua idade e do seu vocabulário no momento, das respostas evidenciadas pelos pais face à morte e das experiências sociais e culturais prévias com a morte (Kavanaugh & Wheeler, 2007). Mesmo crianças mais pequenas conseguem aperceber-se de alterações nas rotinas da família e nas emoções dos pais. Quando observam os pais tristes, irritados, tensos ou preocupados querem saber o que os faz sentirem-se assim. Conversar com eles de uma forma sensível, tendo em conta os seus sentimentos e idade, pode ajudá-los a compreender e aceitar o evento.

As crianças podem reagir a uma perda evidenciando mais alterações comportamentais do que palavras ou lágrimas (Kohn & Moffitt, 2000). Têm as suas formas próprias de mostrar tristeza. Podem envolver-se nas suas brincadeiras e atividades habituais, expressando raiva, ansiedade ou pena, ocasionalmente. Elas podem brincar e estar tristes ao mesmo tempo. Podem recuperar mais rapidamente, ou simplesmente necessitar de um intervalo nos seus sentimentos de tristeza (*ibidem*).

É importante informar a criança sobre o sucedido de uma forma direta, objetiva e simples, evitando os eufemismos e deixando que sejam as questões dela a guiar a explicação. Pode utilizar-se o recurso a livros ou histórias com os mais pequenos. É igualmente importante assegurar que a criança não se culpabiliza, se eventualmente não tiver aceite a ideia de um irmão.

Algumas crianças demonstram uma enorme capacidade de compreensão do fenómeno e das suas implicações, funcionando como suporte para os pais:

- (...) *a reação de compreensão e apoio do meu filho mais velho foi uma ajuda extraordinária* (ET60).

Crianças com uma maior compreensão sobre a gravidez das mães, que percebem a importância da gravidez e antecipam a chegada de um irmão ou de uma irmã, podem sentir mais a perda (Moulder, 2002).

Não se trata de um evento que os pais desejem partilhar com os seus filhos, no entanto, também não o podem deter nem tão pouco mudar os seus sentimentos. Ainda de acordo com a autora, aprender com os aspetos menos agradáveis da vida, e com as emoções, faz parte do processo de crescimento. Partilhar com a

criança a experiência da mãe pode ajudá-la a compreender sobre as perdas e a morte, bem como sobre os sentimentos que as acompanham, e assim a contribuir para o seu desenvolvimento emocional.

Confronto com a realidade

Esta categoria emerge da seguinte subcategoria: Regresso a casa

Ultrapassada a etapa tumultuosa da reação emocional à perda, e do sofrimento físico, bem como o sentimento de descrença que acompanhou o seu impacto inicial, surge o momento da aceitação da realidade. Gerir e ultrapassar a dor e a tristeza faz parte do processo de luto. Importa que a pessoa se comprometa ativamente no processo de luto mais do que se submeta a ele (Machin, 2009).

A maioria das mulheres não se encontra preparada, nem sabe muito bem gerir as reações de confronto com a realidade de não mais estar grávida, nem todas as perdas daí decorrentes. As experiências que viveu não podem ser apagadas e vão condicionar a sua transição para uma outra fase da sua vida que, embora não seja o que desejava, também já não é mais igual ao que era, sobretudo se passou por uma gravidez pela primeira vez. Esse evento irá, por vezes, funcionar como uma marca nas suas vidas, com as outras experiências a serem vistas como antes ou após esta ocorrência.

REGRESSO A CASA

As mulheres que experienciaram um internamento hospitalar anseiam pelo regresso a casa, pelo conforto do seu espaço e pela tranquilidade. Podem estar ainda confusas e a maioria desconhece as emoções e os sentimentos que as vão assolar neste “depois” e por quanto tempo (Frost et al., 2007). É frequente sentirem uma tristeza profunda acompanhada de episódios de choro:

- (...) *já estava em casa... aí é que eu senti mesmo o que era ter perdido o meu filho, aí é que eu sofri mesmo na pele o que foi... foi muito difícil...* (EP4);

- (...) *no hospital foi difícil chorar, só depois em casa é que chorei à vontade* (ET 43).

De acordo com Gesteira e colaboradores (2006, p. 464), “chorar é uma maneira natural de aliviar a tensão interna e permite que seja comunicada a necessidade de a pessoa ser confortada”.

Uma vez em casa, e tal como diz Moulder (2002, p.102), elas sentem que “têm de apanhar os fios da sua vida” e uni-los outra vez. Podem sentir-se estranhas. Algo nelas mudou, mas em seu redor tudo permanece na mesma:

- (...) *saí de casa grávida e voltei sem nada...* (ET29);

- (...) *custou-me muito sair sem “nada” nos braços...chegar a casa onde já tinha tantas coisas* (ET74);

- (...) *tinha os cremes e as amostras que me davam e tinha livros e essas coisas todas, por isso a única coisa que eu fiz foi desatar a chorar quando abri a gaveta onde tinha essas coisas guardadas e disse ao Ricardo tira isto daqui, desaparece com isto (...) digamos que já não tinha nada na casa que me lembrasse que eu já estive grávida, apesar do pensamento estar presente [fala com tristeza] em termos de adaptação foi mais o deixar de fazer festas [no abdómen] com tanta frequência...* (EP12).

Confrontarem-se com os objetos que haviam adquirido para o bebé é perturbador, é avivar a dor. Nem sempre as pessoas se querem desfazer das coisas que estavam destinadas ao bebé, por vezes, escondem-nas, para minimizarem o sofrimento naquele momento, mas, posteriormente, podem constituir uma recordação daquele bebé que, passado tempo, talvez só tenha permanecido real para ela.

Frost e Condon (1996) diziam que os sintomas de luto ocorriam em mais de 90% das mulheres que haviam passado por um abortamento espontâneo e, apesar desse facto ter sido cada vez mais estudado e comprovado ao longo dos anos (Bonanno & Kaltman, 2001; Brier, 2008; Lok & Neugebauer, 2007), a verdade é que continua a não ser muito reconhecido pela maioria das pessoas que uma perda deste tipo possa desencadear um luto. Não existe reconhecimento social. No entanto, uma das nossas participantes identifica, perfeitamente, a sua situação com qualquer outra de luto em que, de acordo com o ritual próprio, as pessoas manifestam publicamente a sua tristeza através do uso do vestuário negro. Ela parece ter encontrado a sua própria forma de expressar a dor, na realidade, ela sentia-se enlutada:

- (...) *quando vim para casa vesti-me de luto* (ET50).

A labilidade emocional, de certa forma condicionada pelas alterações hormonais, é outra constante nesta fase. As suas emoções podem variar ao longo do dia entre lágrimas, sorrisos ou raiva, dificultando-lhe a compreensão de si própria, a gestão das suas emoções e a capacidade adaptativa (Adolfsson et al., 2004):

- Tanto estava bem, como de repente estava em baixo, como mudava o meu temperamento, sentia-me mais agressiva, outras vezes mais meiga (...) como é que eu estava a encarar tudo bem e agora de repente cai a “ficha” e eu estou nesta situação e tenho que dar a volta, mas não queria, ao mesmo tempo, eu mesmo, não queria dar a volta, parecia que queria estar a... queria reviver aquilo (EP11).

As mulheres necessitam de tempo para recuperarem física e psicologicamente. Este é o momento para cuidarem delas próprias (McLaughlin, 2005). Por vezes aquilo que elas querem, e necessitam, é exatamente o oposto daquilo que os outros entendem que deveria ser. Cada mulher tem as suas estratégias próprias, de acordo com as necessidades sentidas, mas, de forma geral, nos primeiros dias após o regresso a casa, elas preferem manter-se num ambiente familiar restrito. É normal que não tenham vontade para nada, que quieram permanecer sós, entregues aos seus pensamentos e sentimentos (Adolfsson et al., 2004):

- (...) era vontade de não fazer nada, era, lá está... em casa, a relembrar tudo (EP11);

- (...) quando fui para casa refugiei-me e não queria ver nem falar com ninguém... (ET72);

- (...) nos primeiros dias em casa, sentia-me cansada, dormi muito... (ET 48)

- Durante 3 semanas não consegui sair de casa... nada me apetecia, só me apetecia curtir a dor...tudo o resto era um esforço sobre-humano... tudo é um esforço... (ET14).

De acordo com McLaughlin (2005), as mulheres podem sentir-se como se uma parte delas tivesse morrido, o que não deixa de ser verdade. Sentem um vazio (Adolfsson et al., 2004). Frequentemente, referem que funcionam de uma forma automatizada. Podem apresentar diminuição na capacidade de concentração, falta de energia e falta de interesse na vida. Neugebauer (2003), em resultado dos seus estudos, concluiu que os sintomas depressivos são frequentes entre seis a oito semanas pós perda da gravidez. A depressão é vista como uma resposta natural à

perda e pode ser parte do processo de luto, mas pode influenciar negativamente a recuperação física porque, frequentemente, se associam alterações do apetite e do padrão de sono (Moulder, 2002).

A recuperação física é importante para se obter também uma melhoria ao nível psicológico e um maior controlo emocional. Será importante determinar aquilo que na sua vida é possível elas controlarem e o que não é. O exercício do controlo sobre alguma coisa proporciona-lhes um sentido de estabilidade, o que é importante num momento em que perderam algo que lhes era querido (McLaughlin, 2005).

De acordo com a legislação vigente, a situação de interrupção involuntária da gravidez permite à mulher gozar uma licença que pode durar entre 14 e 30 dias, mediante prescrição médica. Para muitas, se não tiverem familiares ou amigos disponíveis, esse período pode ser de grande isolamento, contribuindo para os sentimentos de tristeza, solidão, infelicidade e perceção de bem-estar diminuído, pelo que, conseqüentemente, aumentam a depressão e dificultam o processo de luto. Tal como em outros estudos (Kavanaugh, Trier & Korzec, 2004) as nossas participantes expressaram a sua dificuldade em permanecerem sozinhas:

- (...) *custou-me muito estar só...* (EP2);

- (...) *nessa semana que estive em casa sozinha, foi pior, porque eu já tinha outros medos. Surgiram outros medos. Era o medo de perder quem mais gostava, se eu já tive uma perda, então era o medo de perder o meu marido e... por ali fora* (EP11).

Nenhuma das nossas participantes referiu qualquer tipo de preparação, no momento da alta, tendo em vista o seu regresso a casa e o confronto com a realidade e o significado da sua perda. Desta forma, lembra-nos aquilo que St John e colaboradoras (2006) referem sobre o facto de mulheres nesta condição se sentirem desprotegidas pelos profissionais de saúde – dado que não estão grávidas, não precisam de cuidados pré-natais e, como não têm um filho, não requerem cuidados materno-infantis. Informar sobre a recuperação física e sobre o processo de luto, identificar a capacidade de *coping* da mulher/casal, assim como as fontes de suporte familiar e social, deveriam constituir alguns dos aspetos a ter em conta na alta destas mulheres, de acordo com uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade.

Reconhecimento da perda e da dor

Esta categoria emerge das seguintes subcategorias: Pelo marido; Pela família; Pelos outros

Tradicionalmente, a sociedade é provida de mecanismos de suporte e gestão às transições. Os rituais têm um papel importante ao longo da vida dos indivíduos e marcam momentos como o nascimento, o casamento e a morte. Servem como um sinal, para a sociedade, de que as pessoas merecem, ou precisam, de especial atenção ou cuidado em determinado momento (Kohn & Moffitt, 2000). Como já referimos, este evento de que tratamos, embora ligado à morte, não é marcado por qualquer ritual, pelo menos visível para a sociedade. Nesta perda circunstancial, as mulheres podem ver o seu luto ignorado ou menosprezado pelos outros, quer sejam familiares, ou amigos.

O stresse resultante deste trauma torna estas mulheres muito mais vulneráveis, sensíveis e emotivas do que normalmente aparentam ser e, conseqüentemente, mais suscetíveis aos juízos e comentários dos outros. Este quadro pode ser agravado se confrontadas com a falta de reconhecimento da sua dor por aqueles mais próximos e dos quais elas esperariam mais apoio (Gerber-Epstein et al., 2009). Simultaneamente, o facto de as outras pessoas reconhecerem este luto como inapropriado ou desnecessário, dificulta à mulher/casal o ajustamento à perda (Bensouilah, 2011). Apesar de esta experiência ser fortemente individual, a capacidade de adaptação da mulher depende, muitíssimo, da forma como os outros à sua volta reagem e compreendem o que o evento pode representar para ela (Kohn & Moffitt, 2000; Rowlands & Lee, 2010).

RECONHECIMENTO DA PERDA E DA DOR – PELO MARIDO

Se a gravidez e o bebé eram sentidos como importantes para o casal, a sua perda constitui motivo de desapontamento e tristeza para ambos, embora isso possa ser expresso por eles de diferentes formas.

De uma forma global, as participantes referiram como muito positivo a presença e proximidade dos maridos/companheiros durante o período que rodeou a perda das suas gravidezes, sobretudo na fase de impacto, facto que também é observado em outros estudos (Gerber-Epstein et al., 2009; Rowlands & Lee, 2010). Viverem esses momentos juntos e apoiarem-se mutuamente ajudou a enfrentar esse choque e a aceitação da perda. Elas sentiram que eles compreenderam o

sofrimento por que estavam a passar. Talvez por isso, uma das participantes que não teve esse acompanhamento, embora estivesse com uma irmã, tenha revelado a sua frustração por não ter sido considerada prioridade para o seu companheiro, considerando isso como uma desvalorização da sua dor:

- (...) o meu companheiro estava fora quando aconteceu, senti-me triste com isso, culpabilizei-o até por só voltar 2 dias depois... (ET17).

Geralmente, os homens tentam manter os seus trabalhos e as suas carreiras inalterados perante eventos críticos pessoais, mesmo que uma perda. Para eles, o trabalho pode constituir um refúgio ao luto, permitindo-lhes sentirem-se úteis e produtivos, no sentido de providenciarem segurança financeira para as famílias (Kohn & Moffitt, 2000). Por outro lado, de acordo com Callister (2006), a expectativa de que o marido/companheiro se mantenha forte e apoiante entra, frequentemente, em conflito com o seu próprio sentido de perda.

A verdade é que, homens e mulheres, face ao mesmo stressor exprimem as suas emoções de forma diferente e necessitam de orientação sobre a forma de se cuidarem mutuamente. Clauss (2009), tendo por base vários estudos que analisou, refere que o apoio providenciado pelo companheiro/ marido se reveste de particular importância e que a sua falta aumenta o risco de intenso luto e morbidade psicológica.

RECONHECIMENTO DA PERDA E DA DOR – PELA FAMÍLIA

Em todos os estudos que encontrámos sobre este tema, sobressai a ideia da família como uma base de apoio fundamental (Abboud & Liamputtong, 2005; Andrade et al., 2004; Joanna Briggs Institute, 2006). Isso pode ser igualmente verificado entre as nossas participantes. De uma forma geral, elas mencionaram que a família e os conviventes mais significativos foram quem mais as apoiou e ajudou, encorajando-as a serem positivas e a manterem a esperança no futuro. Partilharem a dor proporcionou-lhes aconchego e conforto. Terem alguém que as ouviu e as deixou chorar, que as mimou, para além de lhes validarem e reconhecerem o sofrimento, ajudou-as a reequilibrarem-se.

Mencionaram em primeiro lugar, como pessoas mais importantes e por quem se sentiram mais apoiadas, o marido/companheiro e a mãe.

A gravidez e o prenúncio do nascimento de uma criança podem constituir um importante reforço na relação entre mãe e filha. Pode ser um momento de

mudança ou de aproximação entre elas. Desenvolve-se uma grande cumplicidade, entre ambas, que ajuda a compreender as necessidades sentidas se algo negativo acontece nesse percurso face à maternidade. As mães, como futuras avós, também sofrem uma perda e se tiverem, anteriormente nas suas vidas, experienciado o mesmo, pode ser relevante para a compreensão do evento, apoiando, como nos relata uma das nossas participantes:

- (...) *a minha mãe dá-me muito apoio... também já viveu esta experiência* (EP6).

Algumas mães podem não lidar tão bem com as emoções ou apresentarem pouca compreensão sobre o significado que a perda da gravidez pode ter para os outros (Moulder, 2002). Para as mulheres, pode constituir um grande desapontamento não obter o reconhecimento da sua dor e luto, e o apoio que se espera e se necessita, da família e, muito mais, da própria mãe:

- (...) *porque eu tenho tias minhas que sabiam e algumas até [dizem] – ... aconteceu... - Passaram andaram, pronto, ok, esquece (...) acho que as pessoas não valorizam a minha dor... a minha mãe – bola p'ra frente!* (EP13).

Podem existir familiares com os quais as mulheres se sentem muito próximas e dos quais esperariam reações de compreensão e de apoio fortes, mas que, no entanto, se apresentam muito insensíveis e com comentários inesperados:

- *Chocou-me a reação da minha irmã que está no fim da gravidez e não valorizou nada a minha situação, dizendo: - deixa lá, ainda era muito pequenino, nesta fase já sabias que podia acontecer, tens de ultrapassar, logo virá outro...* (ET37).

Reações como estas raramente são intencionais, mas são reveladoras do pouco conhecimento e da dificuldade que os outros têm em gerir estas situações. Mesmo os conviventes mais próximos podem não compreender o significado que a mulher atribui ao evento, ou podem sentir-se desconfortáveis em falar sobre isso, não sabendo que tipo de apoio dar (Schott, Henley & Kohner, 2007), surgindo as “sugestões fáceis e milagrosas”. Na opinião de Hutti (2005), a falta de resposta ou as respostas inapropriadas podem ocasionar uma rutura na comunicação familiar, deixando a mulher mais desamparada.

RECONHECIMENTO DA PERDA E DA DOR – PELOS OUTROS

Há casais que preferem manter o conhecimento da gravidez restrito aos familiares mais próximos, tendo presente que, se algo negativo acontecer, será mais fácil de gerir num grupo pequeno, de pessoas mais íntimas. No entanto, por vezes, a alegria que os acompanha não consegue impedi-los de divulgarem o acontecimento. Quando, depois, as pessoas os questionam sobre a evolução da gravidez, é inevitável contar o sucedido e assim ficam expostos aos mais variados comentários, por vezes muito pouco reconfortantes, evidenciando alguma insensibilidade e quase sempre desvalorizando o sofrimento que aquela perda pode acarretar:

- Irritava-me com as frases das pessoas: - foi melhor assim... tinha de ser, deixa lá... podia ter sido pior se... (ET35);

- Ouvi frases que muito me incomodaram... e foste para o hospital? E como foi? Olha, acontece... deixa lá... aconteceu à minha irmã e ela está aí 5 estrelas... (ET39);

- Lamento muito! - Que é o que dizem, não é? - Eu lamento muito ... e passou, andou, e não falam, e no outro dia... Está tudo bem! (...) As pessoas tornam isso como sendo... é normal, acontece! (EP13);

- As reações foram: se estava tudo bem, para não pensar nisso, bola para a frente, isto acontece; as reações andam sempre à volta do mesmo, nem confortaram, nem deixaram de confortar, foram respostas, politicamente corretas, digamos (EP15).

Perante esta realidade, também referida por outros autores (Kavanaugh et al., 2004; Plagge & Antick, 2009), as mulheres, sentindo-se incompreendidas, optam por se afastar, evitando os contactos sociais, vivendo o seu luto isoladamente como referem algumas participantes:

- Achei que as pessoas não ligavam muito: - deixa lá, da próxima é que vai ser... logo, logo tens um menino, vais ver... – achei melhor isolar-me... (ET55);

- Tento sempre mostrar-me forte com as pessoas, não gosto de mostrar o meu desgosto, para me poupar, acho que não me iam reconhecer a minha dor e não me dariam a devida atenção (ET50).

Os discursos das participantes no nosso estudo, tal como referido por outros autores em outros trabalhos (Easterwood, 2004; Lamb, 2002; Frost, 2007;

Séjourné, Callahan & Chabrol, 2010a; Plagge & Antick, 2009; Van & Meleis, 2003), revelam a desvalorização dada à perda da gravidez em função da idade gestacional, dado que numa fase inicial muitas pessoas podem não considerar o feto como um bebé e, também, quando já existem outros filhos:

- *Ouvi frases que me incomodaram: - deixa lá, ainda não se notava... foi melhor no início... há pessoas a quem acontece mais tarde e é muito pior... já tens dois [filhos]... tinha de ser – sei que não era por mal, mas só me faziam chorar mais (ET34);*

- (...) *ouvir dizer: - deixa lá, já tens um filho! Chocou-me! (ET38);*

- (...) *vês, realmente era melhor teres abortado no início (EP16);*

- (...) *O que eu acho é que as pessoas valorizam mais, por exemplo, uma situação em que a gravidez já vai mais avançada, tipo no 5º mês (...) claro, que deixa [triste], porque é sempre uma perda, independentemente de ser avançada ou não, é sempre uma perda, não é, e é evidente acredito que há... eu costumo dizer assim, há outros sentimentos numa fase mais avançada, sentimos o coração a bater, sentimos o bebé a mexer, evidente que há outros projetos, avançamos mais nas ideias, e depois há muitas pessoas que também dizem que...ah! Porque nós quando engravidamos, damos uma conotação muito grande, ou seja, ficamos... começamos a fazer projetos, e não, e é o que eu costumo dizer... não, não é quando há uma gravidez, eu acho que é quando queremos engravidar, queremos ter um filho (...) ou porque já damos nome, não é... independentemente de eu saber se podia ter ou não filhos, já tinha nome (...) mesmo antes de surgir a gravidez já havia o quarto, já se idealizava tudo (...) (EP11).*

Este discurso transmite perfeitamente a ideia do desabrochar do apego à gravidez e ao filho, que legitima a dor sentida com a sua perda, mesmo na sua fase mais precoce, tal como referido por outros autores (McCoyd, 2007).

De acordo com Neugebauer (2003), o nível dos sintomas apresentados, pós perda de uma gravidez, não variou em função do número de filhos que as mulheres possuíam. Por outro lado, o número de filhos vivos no momento de um abortamento tem sido referenciado como um fator importante ligado à gravidez, assumindo-se que na sua ausência o desejo e o investimento na gravidez seriam mais intensos (Brier, 2008).

Os estudos dedicados a comparar e analisar as perdas gestacionais com menos de 20 semanas, e as mais tardias, para além dessa fase gestacional, não encontraram diferenças no impacto e na dor resultantes de qualquer uma delas,

independentemente do tempo da gestação, assim como nos sintomas de luto que advêm. As diferenças observadas reportam-se sobretudo à intensidade e duração do luto e, ainda, à ansiedade e depressão. Swanson, uma autora que ao longo de muitos anos se tem dedicado a estudar este fenómeno, num estudo seu (1999b), e fundamentando-se em outros autores (Goldbach et al., 1991; Lasker & Toedter, 1991; Theut et al., 1989; Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988), refere que as mulheres com perdas tardias apresentam um luto mais prolongado e mais depressão do que aquelas com perdas gestacionais anteriores a 20 semanas. No entanto, salientam-se outros estudos (Jackman, McGee & Turner, 1991, Neugebauer et al., 1992a, Pertyman, Cordle & Cook, 1993, Tunaley, Slade & Duncan, 1993 *cit in* Swanson, 1999b; Neugebauer et al., 1992; Thapar & Thapar, 1992;) restritos a amostras de mulheres com perdas até às 20 semanas, nos quais sobressaiu o facto de que a idade gestacional no momento da perda não marcou qualquer diferença entre a duração do luto, a ansiedade ou a depressão.

Já referimos a importância que cada experiência tem, dado que é única para cada mulher/casal, como único é o contexto da sua vida. Os juízos emitidos pelos outros sobre a idade da mulher para engravidar, quantas vezes aconteceu ou sobre o facto de já ter filhos, desvalorizam o acontecimento e raramente têm em conta os aspetos que podem ter influenciado na tomada de decisão do casal em engravidar naquele momento, e que inevitavelmente vão influenciar a sua resposta à perda. Tal como em outros estudos (Frost et al., 2007), verificamos uma tentativa de as pessoas encontrarem um sentido para o ocorrido, ou seja, como uma forma de evitar crianças deficientes. As justificações, verdadeiras ou não, oferecidas pelas pessoas com quem se cruza, deixam a mulher muito mais irritada e frustrada (Douglas & Fox, 2009; Frost, 2007). Esses comentários servem unicamente para diminuir e trivializar a sua perda (Harvey, Moyle & Creedy, 2001; Herkes, 2002), como se depreende do discurso seguinte:

- Várias pessoas me disseram isto: - Ah, idade, sabes como é, já não é a mesma! (...) Olha tiveste muita sorte, podia vir sem uma perna, podia ser deficiente e mesmo a tua idade já não é para isso, por isso esquece isso (...) se não tivesses nenhum era pior (...) pega na página e rasga – e eu só disse – não é uma página que se vira, que se corta que se deita ao lixo...interessa que esteve dentro de mim, interessa que era algo que eu desejei muito (...) independentemente se ele chegou às 9, às 12 semanas ou aos 9 meses, interessa é que era meu (EP18);

- As pessoas que souberam, não entenderam porque é que já tinha tido tantas gravidezes, achavam uma loucura... (ET50).

Rowlands e Lee (2010) referem que são poucas as variáveis sociodemográficas que parece terem alguma influência nos aspetos psicológicos da mulher após a perda da gravidez, no entanto, uma limitada evidência sugere que as mulheres sozinhas e aquelas mais velhas apresentam um risco aumentado para desenvolverem distresse psicológico (*ibidem*).

As mulheres sentem que os outros veem este evento como uma complicação médica da gravidez, mais do que como a perda da esperança, do sonho, de um desejado bebé e do seu papel maternal, como tal, o tratamento aplicado resolveria tudo e o retorno ao trabalho significa a cura e o retorno à atividade normal:

- Fui trabalhar e fiquei muito chocada quando alguém lá me disse: - Ah! Então já não estás doente? – Nem respondi... (ET44);

- (...) sinto que, para as colegas, se estou lá é para trabalhar, não interessa se estou triste ou não... (ET14).

De acordo com Letherby (1993), o abortamento, tal como qualquer doença ou morte em geral, tornou-se uma questão médica e assim afastado da vida comunitária, o que pode ajudar a explicar o embaraço e a insensibilidade com que é encarado socialmente. A falta de reconhecimento das dificuldades experienciadas pela mulher torna a perda de uma gravidez, e de um bebé, uma experiência que as mulheres têm de suportar por si sós. Elas percebem a visão generalizada da sociedade: se uma mulher perde a gravidez, se aborta, é porque algo de errado se passava com o bebé e, como tal, rapidamente, poderá engravidar outra vez:

- (...) coisas que ouvi: - deixa lá, este morreu mas hás de ter outro... também encontrei pessoas que reconheceram a minha dor... descobri pessoas que tinham passado pelo mesmo e eu nem sabia (ET45).

Por vezes, como refere esta participante, encontram outras mulheres que passaram pela mesma experiência e só revelam esse facto porque estão perante uma situação idêntica (Adolfsson et al., 2004). Exatamente por isso, compreendem e sabem que vão ser compreendidas. Tal como referem outros autores (Gerber-Epstein et al., 2009; Kavanaugh et al., 2004), são percebidas como grandes apoiantes.

Segundo St John e colaboradoras (2006, p. 10), “o silêncio começa quando elas não são mais definidas como grávidas, nem como mães, e não se sentem capazes de publicitar a sua dor”. As mulheres escondem a sua tragédia. A este

propósito, as mesmas autoras citam Morris (1993) que diz acreditar que a sociedade, como cultura, rejeita tragédias.

3.3.2 – Ser Cuidada

Este tema traduz a forma como a mulher percebeu a experiência de ser cuidada, tendo em conta o internamento na instituição de saúde, sob o ponto de vista físico e organizacional, os cuidados prestados pelos médicos e enfermeiros, atendendo às suas necessidades e, ainda, a forma como foi cuidada pelos familiares durante o internamento. Este tema emerge das quatro categorias que revelam essa experiência: Na instituição; Pelos médicos; Pelos enfermeiros; Pelos familiares.

A satisfação, como qualquer outro conceito psicológico, é difícil de definir. O grau de satisfação ou insatisfação dos utentes pode relacionar-se com vários aspetos ou dimensões dos cuidados, bem como com a forma como eles são proporcionados, tendo subjacentes as suas expectativas, muitas vezes influenciadas por experiências anteriores ou por relatos de outros (Milutinovic, Brestovacki & Cvejic, 2010; Wagner & Bear, 2008). De acordo com alguns autores citados por Wagner e Bear (Cleary et al., 2003; Han et al., 2003; González-Valentín et al., 2005; Laschinger et al., 2005), a influência das expectativas parece apresentar uma relação inversa com a satisfação, ou seja, quando elas são baixas, a satisfação é elevada; se as expectativas são elevadas, a percepção da satisfação é baixa.

Para muitas das participantes no nosso estudo, tratou-se de um primeiro internamento hospitalar.

Na Instituição

Esta categoria emerge das seguintes subcategorias: Estrutura física e organização funcional; Hospitalização

Dentro do sistema de saúde, as instituições hospitalares representam, talvez, a parcela mais dispendiosa, se considerarmos as várias componentes – construção, equipamento e funcionamento – na prestação de serviços a todos os cidadãos, independentemente do seu *status* social. A sua gestão requer um controlo contínuo, particularmente no que concerne à efetividade e qualidade dos

cuidados, essencial para o seu desenvolvimento e melhoria na assistência à população.

Atualmente, os usuários do sistema de saúde podem contribuir para a definição dos padrões de qualidade através da sua opinião e avaliação. A satisfação que exprimem face aos serviços e aos cuidados que lhes são disponibilizados torna-se um importante indicador de resultado, bem como da qualidade em saúde. A qualidade não deve ser vista como uma meta, mas sim como um processo contínuo.

A forma como a pessoa é tratada numa instituição de saúde marca, positiva ou negativamente, a recordação da experiência nesse local, sendo relatada com grande pormenor mesmo muitos anos depois.

A admissão num hospital, para estas mulheres, emerge como um momento crucial na experiência que é perder a gravidez, tendo em conta que a marca fisicamente e completa o fim da sua breve e prévia identidade de mulher grávida (Murphy & Merrell, 2009). Se a essa experiência, que já por si pode marcar negativamente a vida da mulher, associarmos uma menor satisfação com o internamento hospitalar, acentuar-se-á essa recordação. Por outro lado, essa pessoa, como informante de outros, irá contribuir para influenciar as suas expectativas (Johansson et al., 2002) e a escolha por esse local enquanto utilizador dos serviços. Os estudos têm evidenciado que a elevada satisfação com os hospitais resulta num aumento da boa reputação que lhes é conferida (Laschinger, 2005 *cit in* Wagner & Bear, 2008).

ESTRUTURA FÍSICA E ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

No que concerne a estes aspetos, são vários os motivos que originaram algum desconforto e insatisfação nas participantes do nosso estudo, durante o internamento a que se submeteram.

Os hospitais são organizações complexas e muito tem vindo a ser feito no sentido de os aproximar das necessidades dos clientes, mas este processo tem sido lento e diferente nas várias instituições. No relatório final, elaborado para o Ministério da Saúde (2010), pelo grupo técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, pode ler-se no seu preâmbulo:

O modelo organizacional dos nossos hospitais, onde ele é reconhecível, não difere substancialmente do modelo do pós-guerra que o inspirou. Trata-se de

um modelo obsoleto que compromete definitivamente o desempenho assistencial... A centralidade do doente, que deveria constituir o *pivot* da reorganização, não foi suficientemente valorizada, impedindo a evolução para novos modelos organizacionais... A preocupação excessiva com o aumento da produção, sem igual preocupação com a qualidade, a adequação e a pertinência dos cuidados prestados.... (p.1-2)

Referem-se aqui alguns dos aspetos que sobressaem no nosso estudo como menos positivos e resultantes da estrutura orgânica e funcional dos serviços hospitalares, particularmente na assistência às mulheres em situação de perda da gravidez. De uma forma geral, dadas as suas características e incidência, elas são admitidas através do serviço de consulta ou urgência obstétricas e alojadas num serviço de ginecologia ou, na pior das hipóteses, de obstetrícia. São, assim, vistas como casos clínicos da ginecologia ou da obstetrícia. Não tendo qualquer patologia ginecológica, nem tão pouco continuando grávidas, ficam junto de outras mulheres que se inserem nestes grupos, com condições muito diferentes das suas e com as quais se identificam pouco, para além de se tornar constrangedor no caso de ficarem em serviços de obstetrícia ou maternidade. Este facto é igualmente relatado por outros investigadores (Letherby, 1993; Frost et al., 2007; Moulder, 2002; Stratton e Lloyd, 2008) como motivo de insatisfação:

- Eu não tinha lugar na ginecologia e fiquei na maternidade, toda a manhã na maternidade, sozinha (...) vi isso como uma coisa muito má, mas não é? ... Quer dizer a gente está ali e ouvem-se os coraçõezinhos, e a gente tinha acabado de perder um filho, porque perdi um filho! Mas eu pensei assim, oh! Fogo! Mas eu quero estar ali, eu quero estar assim (...) mas é difícil abstrairmo-nos do que se passa à volta, estavam pessoas ali que dentro de 10-20 minutos iam ter um filho e eu não tinha nada (EP3);

- Achei terrível ir depois para um serviço em conjunto com puérperas e bebés (ET22);

- Os hospitais deveriam ter algum cuidado (...) uma pessoa está ali numa sala de espera e sabe que está com um aborto digamos e ter ali não sei quantas pessoas que estão prestes a ter um bebé, acho que... (...) Deveria haver, se calhar, algum cuidado em separar um bocado as situações (EP15);

- *Era ver ali as grávidas a ir à consulta. Já o facto de ir ao bloco de partos quando fui fazer a avaliação já custava bastante porque ali ouvia um bocado... quando fui fazer várias avaliações que, uma delas fui e, estava uma grávida de gémeos [sorri] e era uma menina e um menino, e eu pensei, na altura, podia ser eu ali (EP11).*

Pode não existir um local específico para receber estas mulheres, mas depende de cada hospital, e serviço, criar um lugar onde elas possam ver satisfeitas as suas necessidades de privacidade, respeito e compreensão (Moulder, 2002). O local apropriado para receber e prestar cuidados a estas mulheres deveria resguardá-las de imagens que lhes possam aumentar o sofrimento que sentem. Confrontá-las, naquele momento, com uma realidade que já não é a delas reflete enorme insensibilidade, desumanização e má prática de cuidar.

Alguns investigadores nesta área (Lee & Slade, 1996; Moulder, 2002; Conway & Russell, 2000, Nikcevic, 2003, *cit in* Stratton & Lloyd, 2008) sugerem que o stresse experienciado pelas mulheres após a perda precoce de uma gravidez está associado, ou exacerbado, por aspetos que de alguma forma se relacionam com a insatisfação com os cuidados.

A forma como estes serviços se encontram organizados tem, sobretudo, em conta a rentabilização dos recursos humanos, com o predomínio da centralidade conferida aos profissionais de saúde, sobretudo ao médico e, raramente, ao utente.

Das três instituições hospitalares onde efetuámos o nosso estudo, só em uma delas o serviço está organizado em função destas clientes, de modo a não haver contacto com outras situações obstétricas ou ginecológicas, permanecendo a cliente na sua unidade, embora podendo ter ao lado mulheres numa situação idêntica, e deslocando-se os profissionais para lhes prestarem os cuidados necessários.

Numa outra instituição, o processo é exatamente ao contrário: sempre que a senhora necessita de ser avaliada desloca-se até ao serviço onde normalmente o médico está, a urgência obstétrica, que é anexo ao bloco de partos e em cuja sala de espera se encontram todos os casos de ginecologia e obstetrícia que aguardam atendimento.

Encontrámos na terceira instituição um modelo organizacional diferente de qualquer um dos anteriores, embora incluindo aspetos que existem em ambos. Aqui, as senhoras ficam num quarto, situado no bloco de partos, mas os profissionais de saúde deslocam-se lá para lhes prestarem os cuidados. No entanto, por questões de gestão de profissionais ou lotação de utentes, podem colocar na mesma unidade, na cama do lado, outra senhora em trabalho de parto

que, embora numa fase inicial, permanecerá com monitorização fetal contínua, com o som alto, para facilitar o controlo pelos enfermeiros que se encontram nas boxes de parto próximas. Esta situação agrava-se se, por esse motivo, não permitirem a presença do marido ou acompanhante:

- *Custou-me ficar tão próximo da sala de partos e ouvir as senhoras e os bebés* (ET66);
- *Foi muito mau estar no mesmo sítio a ouvir as senhoras a terem os bebés* (ET72);
- (...) *ele não podia estar lá, ficar lá* [não permitiam] (EP16).

Pelo que pudemos observar, a permissão na presença do acompanhante, nestas situações, não obedece a uma norma geral, dependendo bastante do critério, ou da sensibilidade, individual dos enfermeiros do serviço. Por outro lado, enquanto para o acompanhamento de mulheres em situação de trabalho de parto existe legislação que suporta o seu acompanhamento, para as mulheres em situação de abortamento não existe nada como referência. Muitas instituições adequaram os seus serviços nesse sentido, quer sob o ponto de vista estrutural quer de processo, mas outras parecem estar ainda longe de reconhecerem as necessidades específicas que estas mulheres apresentam e os cuidados de qualidade a que têm direito.

Partilhamos a opinião de Teixeira e colaboradores (2006), quando dizem que a responsabilidade do enfermeiro abrange empreendedorismo e que isso compreende atitudes e atividades inovadoras, relacionadas com o desenvolvimento e a implementação de ideias, conceitos e processos, de forma a ir ao encontro das expectativas dos clientes e a atingir padrões de elevada qualidade nos cuidados. Em nossa opinião, também cabe aos profissionais de enfermagem sensibilizarem e influenciarem os responsáveis pelos serviços, no sentido de se alterarem práticas em uso, melhorando os modelos de organização e funcionamento, vendo isso como um investimento na saúde e no bem-estar.

Um outro aspeto que causou alguma insatisfação nas nossas participantes foi o facto de terem de esperar bastante tempo para serem atendidas, quase sempre junto de grávidas. Tal como referido por alguns autores, elas sentiam-se como casos de urgência, mas atendidas como casos de baixa prioridade (Friedman, 1989; Evans, 2012):

- *No atendimento, tive de esperar muito tempo, na sala de espera do serviço de urgência, embora tivesse uma carta da médica, mas estava junto a grávidas, achei isso violento (EP15);*

- *Mandaram-me estar lá às 8h da manhã, só me chamaram às 12h, começaram a chamar grávidas, grávidas e eu ali (...) deviam ter-se esquecido de mim... (EP14);*

- *O que me custou imenso, acho que aí falharam, foi estar numa sala, cheia de grávidas a entrarem e a saírem, duas horas à espera, acho isso indecente, porque eu estava lá num canto, a chorar, porque não conseguia...a ver aquilo tudo e... depois lembraram-se e... – Olhe aguarde um bocadinho... – entra e sai, entre e sai, eu acho que... (EP13);*

- *Fiquei quase 8 horas, num hall, num cadeirão, sozinha, à espera de ser observada por um médico... senti-me completamente abandonada... (ET50).*

É esperado pelas utentes que os serviços por onde circulam, no âmbito dos cuidados que lhes estão a ser prestados, possuam as informações necessárias para a gestão dos cuidados. A circulação da informação entre os vários serviços e departamentos é essencial. Caso contrário, isso poderá ser visto como desinteresse, negligência, desorganização, contribuindo para uma má imagem e para a desconfiança sobre a qualidade dos serviços prestados:

- *(...) eu estava no bloco e eu estava um bocado perdida, porque elas não sabiam o que é que eu estava lá a fazer... uma falta de comunicação de serviços... (EP9);*

- *(...) a única coisa que me faltou nesse dia foi mesmo o almoço porque se esqueceram de mim, mas pronto! [ri-se] (EP6).*

Schott e colaboradores (2007, p.105) referem que “esta breve passagem pelo sistema de saúde, stressante e desarticulada, pode, facilmente, levar a que estas mulheres se sintam tratadas por um sistema que não se importa com o sofrimento”, aquilo que as autoras chamam de *uncaring*.

A alta hospitalar deve ser planeada pelos profissionais, nomeadamente pelos enfermeiros, e de acordo com as necessidades de cada mulher/casal. A informação deve ser oferecida de forma clara e precisa, sem esperar que a utente a procure. Trata-se de um indicador de boa prática que, de acordo com as nossas participantes, nem sempre se verificou:

- *Não fiquei satisfeita com o processo de alta – estava com uma baixa tensional, adormeci, e de repente, de forma abrupta, vieram dizer-me: tem de ir com alta já,*

precisamos da cama... fiquei tão atrapalhada que nem perguntei qualquer informação mais, nem me deram! (ET48).

A gestão dos recursos parece, mais uma vez, sobrepor-se aos interesses e necessidades das clientes. O facto de o internamento ser, normalmente, curto e com escassas intervenções destinadas a resolver a situação clínica e aguda, pode, erradamente, contribuir para desvalorizar a sua experiência e sofrimento psicológico. Sobretudo, parece-nos que, para os profissionais, é mais um caso nas suas rotinas. Trata-se de uma situação que não se pode evitar ou curar (Moulder, 2002). Não reconhecem a situação de transição, a existência de um luto, a ameaça ao bem-estar, nem as necessidades que este acontecimento acarreta para a mulher/casal.

A inexistência de protocolos e a constante pressão do tempo para gerir o trabalho, a que os enfermeiros estão sujeitos, propicia a que não desenvolvam e implementem, de forma constante, as capacidades e habilidades necessárias para ajudarem estas famílias após a perda da gravidez, para além do conhecimento médico imposto. Desvalorizam, assim, a importância da preparação para o regresso a casa.

HOSPITALIZAÇÃO

Numa instituição de saúde como o hospital, a relação estabelecida com os profissionais influencia a forma como a pessoa entende a sua condição de saúde/doença. Subjacente à relação estabelecida entre os profissionais de saúde e a pessoa/cliente, existem universos diferentes, isto é, existe a conceção de doença do profissional e a da pessoa/cliente; estas conceções são diferentes, pois os profissionais entendem a doença como um “problema médico” que pode ser classificado por um diagnóstico, enquanto a pessoa/cliente o encara como um “problema vivido”, como algo que a afeta; não pensa automaticamente na doença em si, mas sim no impacto que esta terá na sua vida. Estas diferentes conceções podem trazer problemas de ordem comunicacional que, quer queiramos quer não, influenciarão a forma como a pessoa/cliente vive a situação de doença (Serra, 2005).

Quando se pensa em hospitalização, facilmente surgem no pensamento palavras como fragilidade, anseios, perda de autonomia, enfim tudo o que permita explicitar a situação vulnerável em que normalmente se encontram as pessoas que, por algum motivo, se encontram hospitalizadas.

Numa situação de fragilidade, de dor, preparar-se para os procedimentos médicos subsequentes à perda da gravidez não é fácil, e se a isso juntarmos a parca informação que, normalmente, é disponibilizada à mulher, compreendemos melhor a surpresa que muitas vezes constitui para elas a hospitalização:

- (...) *passou-me uma carta para eu ir para o HSJ, para as urgências ... que eu também não sabia o processo por que ia... nem vim preparada tão pouco para ficar internada* (EP8);

- (...) *porque eu senti...pronto se calhar também não estava à espera de estar ali 24h [internada]* (EP1).

Existe uma série de fatores que contribuem para o aumento do stresse na situação de hospitalizada, tais como a inexperiência, a incerteza que acompanha a evolução da sua condição, o ambiente que não lhe é familiar, a inexistência dos seus objetos pessoais, a ausência dos seus familiares, a proximidade de pessoas que não conhece, para além do motivo do próprio internamento. É um momento complicado ter de se adaptar a tantas situações novas de uma só vez:

- (...) *nunca é agradável estar num hospital* (EP15);

- (...) *e eu sinceramente pensei que as coisas eram mais simples, que não havia a necessidade de ficar internada... porque o ambiente hospitalar custa... e depois foi a primeira vez que estive internada porque nunca tive nenhum problema de saúde que me obrigasse a isso* (EP10);

- (...) *quando eu fui internada, foi assim estranho, porque não estava habituada, (...) foi a primeira vez que estive internada, mas estava ali a saber que estava a ajudar à morte do meu filho e foi complicado porque vinha-me tudo à cabeça e... foi difícil [fala emocionada] sempre com aquele sofrimento de saber que aquele filho... já não podia ter...* (EP16).

A investigação tem dedicado atenção à experiência hospitalar, considerando-a como um fator chave nas reações psicológicas e emocionais face ao abortamento. Daí que a insatisfação com a hospitalização surja, frequentemente, referida na literatura (McLean & Flynn, 2012; Rowlands e Lee, 2010; Stratton & Lloyd, 2008). Lok e Neugebauer (2007) referem, também, outros estudos (Friedman, 1989; Cuisinier, Kuijpers, Hoogduin, 1993; Brier, 1999; Speraw, 1994) que evidenciam percentagens consideráveis (30 a 40%) no que toca à insatisfação com a experiência hospitalar. Como nestas situações o tempo de internamento é

curto, rondando geralmente as 24 horas, pode pensar-se que as marcas residuais são ténues. No entanto, não é isso que esta nossa participante pensa:

- (...) *a experiência do hospital foi o pior de tudo, é assim, pode-me deixar marcas...* (EP14).

De acordo com alguns estudos (Milutinovic et al., 2010; Wagner e Bear, 2008), na maioria dos casos, a pessoa entra num hospital com ideias preconcebidas sobre o decurso da experiência, com base na sua vivência ou em testemunhos de outros, e as expectativas, além de influenciarem, parece terem uma relação inversa com a satisfação:

- (...) *para mim fui bem atendida, agora, assim, se podia ser melhor? Podia, se calhar, mas num hospital, nós aquilo que vemos...* (EP17).

O discurso desta participante, de acordo com as suas expectativas baseadas nas ideias preconcebidas e, muito possivelmente baixas, revela isso mesmo, tal como referido por estes autores (*ibidem*). Quando as expectativas são baixas, o grau de satisfação é maior; quando as expectativas são elevadas, o grau de satisfação é menor.

De acordo com Milutinovic e colaboradores (2010), os fatores extrínsecos que, de um modo geral, mais influenciam a satisfação com a hospitalização são as características sócio-demográficas, a experiência pessoal e as expectativas do cliente. Os fatores intrínsecos à própria hospitalização, influenciadores da satisfação, são a possibilidade de participação ativa nos cuidados, as relações interpessoais, a comunicação e informação, as competências profissionais dos enfermeiros e a gestão dos cuidados de enfermagem.

Segundo estes autores, atualmente, os utentes dos sistemas de saúde constituem-se importantes contribuintes para a definição da qualidade e dos indicadores para a gestão da qualidade, através da sua opinião e avaliação, salientando-se a satisfação como um dos mais importantes indicadores da qualidade dos cuidados e, ao mesmo tempo, um resultado.

De acordo com o relatório final, elaborado para o Ministério da Saúde (2010) pelo grupo técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais:

(...) não faltam razões que justifiquem e reclamem uma profunda reorganização hospitalar, firmemente **centrada no interesse do doente**, baseada em

princípios de ética, responsabilidade e transparência e integrando os princípios da boa **governança clínica** e da boa **governança empresarial**, perseguindo a melhoria contínua dos cuidados prestados e padrões elevados de desempenho, mediante criação de contextos de excelência. (p.4)

A realidade é que as atividades de rotina das instituições estão mais direcionadas para as necessidades dos profissionais, secundarizando as necessidades dos utentes e tendendo a ser modeladoras dos seus hábitos na hospitalização. A hospitalização é uma experiência única na vida das pessoas, mas não tem de ser, invariavelmente, negativa.

No contexto do nosso estudo há, no entanto, um fator favorável à satisfação das utentes com os cuidados recebidos que é o tempo de hospitalização. De acordo com alguns autores (Thi et al., 2002, Kuosmanen et al., 2006 *cit in* Wagner & Bear, 2008), quanto mais curta a hospitalização maior a satisfação dos utentes com os cuidados recebidos, nomeadamente de enfermagem.

Pelos médicos

Esta categoria emerge da subcategoria: Atitude relacional médico-utente

Há bastantes anos atrás, Carapinheiro (1993) argumentava que o hospital era uma instituição com uma forte representação social do poder social da profissão médica e um bom exemplo da institucionalização dos conhecimentos médicos especializados. Na opinião da autora, existiria uma notória hierarquização dos saberes, do saber central dos médicos ao saber periférico dos enfermeiros, até ao saber profano dos doentes/utentes.

No contexto atual da organização dos cuidados, na maioria das instituições, e para muitos dos profissionais de saúde, sobretudo os médicos, os utentes continuam, muito frequentemente, a ser considerados como um objeto passivo dos cuidados (Serra, 2005) e estes profissionais tendem a adotar uma postura de total orientação e controlo em todo o processo de cuidados. Evidenciam uma atitude diretiva, não impulsionando no utente qualquer partilha e/ou envolvimento na tomada de decisão.

ATITUDE RELACIONAL MÉDICO-UTENTE

É um facto que a relação entre cliente e terapeuta, neste caso o médico, é essencial para o sucesso terapêutico e muitos autores defendem que a qualidade desta relação terapêutica é o melhor fator de previsão do resultado do tratamento. O processo terapêutico pode ser visto como um processo construtivo em que o crescimento resulta da interação entre os intervenientes.

Para as mulheres numa situação como esta é muito fácil sentirem-se abandonadas. Os cuidados que recebem deveriam ter em conta muito mais do que as alterações físicas impostas pela situação. Partilhamos a opinião de outros investigadores, quando dizem que elas são vistas de uma forma redutora – elas são, simplesmente, aquela situação clínica (Corbet-Owen & Kruger, 2001; Harvey et al., 2001). Talvez por isso, os aspetos relacionais entre os médicos e as nossas participantes sejam mencionados, por muitas, como insatisfatórios, como se pode depreender de alguns discursos:

- *Alguns médicos trataram-me de uma forma muito mecânica (ET6);*
- *(...) dos médicos é que eu acho que há um certo afastamento... (EP4);*
- *Não me senti muito satisfeita...não gostei do atendimento médico, na urgência, acho que fui tratada com muita indiferença (ET72).*

Como diz Moulder (2002, p.82), "...isto não deveria ser assim". A aceitação e a legitimação da experiência da mulher, pelos profissionais, desempenha um importante papel na ajuda de que ela precisa para compreender e aceitar a sua perda. Ainda de acordo com esta autora, nos serviços em que está presente um trabalho em equipa, onde as políticas e os padrões de cuidados, físicos e psicológicos, são discutidos, a probabilidade de estes problemas surgirem é menor.

A insatisfação, a um qualquer nível, pode condicionar a perceção da satisfação e do bem-estar com a globalidade da experiência:

- *A experiência no hospital foi o pior de tudo, o atendimento médico não foi como eu achava que devia ser (EP14).*

A compreensão e os cuidados prestados de uma forma sensível pelos profissionais vão ter, provavelmente, um impacto profundo na forma de fazer o luto, como sugerido no estudo de Stratton e Lloyd (2008). No entanto, se tal não se verifica, a mulher pode sentir, durante semanas ou meses após o acontecimento, a

sua mente povoada de memórias desagradáveis e tristes (Kohn & Moffitt, 2000) que, por sua vez, condicionarão as experiências futuras.

De acordo com a Miscarriage Association (2007, *cit in* Schott et al., 2007), a maioria das mulheres reconhece os cuidados recebidos como tendo tido uma enorme importância na recuperação da perda, mesmo nas precoces. Nesse sentido, é importante que cada profissional tente construir uma relação empática, mesmo que breve, com a mulher de que cuida, o que nem sempre se verifica na opinião das participantes:

- *Não gostei da atitude médica no momento da alta, foi muito técnico, frio e pouco atencioso num momento de grande fragilidade (ET74);*

- *(...) há falta de comunicação médica (EP4).*

Os discursos expostos dão a entender nestes profissionais uma atitude muito pouco terapêutica, de relacionamento fraco, ou mesmo inexistente, pouco empática, disponibilizando sucinta informação. Esta opinião é igualmente referida em outros estudos (Abboud & Liamputtong, 2005, Rowlands & Lee, 2010; Séjourné, Callahan & Chabrol, 2010a). De acordo com Halldorsdottir (2008), poderíamos dizer que apresentam uma forma de estar “life-restraining” (bio-estática), no sentido neutralizante, em que o indivíduo é indiferente ou alheio ao outro, provocando-lhe descontentamento ou desconforto e podendo afetar negativamente o seu bem-estar.

A este respeito, somos compelidas a lembrar a abordagem-centrada-no-cliente, de Rogers (1985), a qual propõe que o terapeuta procure ver através dos olhos da outra pessoa, perceber o mundo tal como a ele lhe aparece, aceder, pelo menos parcialmente, ao quadro de referência interno da outra pessoa. Essa forma especial de “captar o mundo do outro como se fosse o seu próprio mundo, mas sem nunca esquecer esse carácter de *como se*” (p.256) é aquilo que Rogers designa de empatia e considera fundamental no processo terapêutico.

Uma atitude é uma inclinação mental desenvolvida com base nas crenças, valores e ideais que abraçamos. As atitudes tornam-se hábitos – e os hábitos podem ser mudados. Cada pessoa tem a possibilidade de, quando quer, ver o mundo que o rodeia de forma diferente.

Uma atitude relacional terapêutica, de relação de ajuda, pressupõe uma compreensão empática, ou seja, com capacidade de penetrar no universo do outro, tornando-se sensível ao significado das suas vivências.

Pelos enfermeiros

Esta categoria emerge das seguintes subcategorias: Acolhimento; Afetividade; Disponibilidade; Profissionalismo; Acompanhamento/Presença; Controlo da dor; Informação.

Como é ser cuidada por enfermeiros? É lícito que estas mulheres, como quaisquer utentes, numa situação de vulnerabilidade e dependência, esperem ver concretizadas as expectativas de serem cuidadas com competência e sabedoria, numa relação de proximidade e afeto.

Anteriormente, referimos que cuidar é estar “com”, caso contrário estaremos a reduzir a pessoa ao seu estatuto de paciente, como alguém que simplesmente é visto como necessitando de prescrições para tratamento. Ser cuidada por enfermeiros deve ser garantia de que, na prática, são tidos em conta valores como amabilidade, disponibilidade, interesse, preocupação, afeto, respeito, entre outros.

Moulder (2002) defende que estas mulheres precisam de ser cuidadas por profissionais dispostos a ter em conta o significado emocional que a perda da gravidez possa ter, que aceitem os seus sentimentos, que não as deixem sentir-se abandonadas, como se nada houvesse acontecido, que lhes permitam falar sobre a sua experiência, se elas quiserem, de modo a que elas reflitam e tomem consciência, possibilitando o início do processo de luto. Isto requer dos profissionais uma abertura e uma disponibilidade para entrarem no mundo delas, encontrando tempo para estarem com elas, para falarem e ouvirem. Partilharem a experiência, não sabendo como elas se sentem, mas sentindo-se com elas.

ACOLHIMENTO

Acolher, ou receber com afabilidade uma pessoa, num serviço de saúde, significa fazê-la sentir-se confortável, aceite, integrada, de forma que essa experiência se inicie da forma menos desagradável possível. A afabilidade, condição de quem é agradável no trato e na conversação, gera sentimentos de empatia, de cordialidade e de compreensão. Se a utente for bem recebida, perceberá isso como uma forma de estarem atentos às suas necessidades, podendo contribuir para aumentar a sua confiança e interação com os cuidadores. De acordo com Milutinovic e colaboradores (2010), o primeiro contacto torna-se particularmente importante para o desenvolvimento da futura relação com o utente e para o estabelecer da confiança nos cuidados a prestar pelos enfermeiros,

consequentemente, para a percepção da satisfação com os cuidados de enfermagem.

Receber as pessoas com um sorriso, cumprimentá-las e apresentar-se, dando a conhecer a sua função e nome, são aspetos básicos e que devem acompanhar a rotina de cada enfermeiro. Embora, por vezes, isso seja esquecido e se pense que não é notado pelos utentes, o facto é que é referido como importante por uma das participantes, tal como em outros estudos (McLean & Flynn, 2012), e valorizado quando acontece:

- (...) *apresentou-se [enfermeira] que é uma coisa que raramente fazem* (EP5).

É importante lembrar que ainda que esteja hospitalizada, salvo em algumas situações, a pessoa continua a ter espírito crítico e continua a saber o que quer, ou gostaria, para si (Serra, 2005).

Como já referimos, para muitas das nossas participantes tratou-se do primeiro internamento e, mesmo que assim não fosse, é sempre um momento de grande fragilidade, preocupação e perda de autonomia e privacidade. De repente, encontram-se rodeadas de outras pessoas que não conhecem e podem sentir-se intimidadas para estabelecerem qualquer interação. A enfermeira que procede ao acolhimento, ao introduzir a utente na sua unidade, se essa for partilhada com outras utentes, deverá proceder às respetivas apresentações, propiciando um momento de afabilidade. Caso contrário, as pessoas vão sentir-se mais deslocadas e inseguras, referindo isso como um aspeto negativo da sua experiência:

- (...) *não conhecia as pessoas que estavam no quarto* (EP16).

Outro aspeto importante a considerar no acolhimento é o esclarecimento dos procedimentos e rotinas implicados. Tudo isso é desconhecido para a pessoa. Confusas e perdidas já estas mulheres se sentem e a única forma de reduzir o stresse, acrescido pelo internamento, é dando informações simples e claras que lhes permitam manter alguma tranquilidade e controlo da situação:

- (...) *deram-me poucas explicações [no internamento]...fiquei chocada e sem saber o que estava a acontecer-me* (ET72).

O objetivo será que a pessoa seja capaz de se adaptar à sua condição, gerindo-a da melhor forma possível e para que também colabore de forma saudável nas intervenções terapêuticas (Serra, 2005). De acordo com os resultados do

estudo efetuado por este autor, ressalta que a integração nos serviços de internamento se faz por “processos pouco explícitos e bastante informais”. (p.140)

As informações básicas podem abranger aspetos estruturais do serviço, ou da unidade da utente (existência de armário para guardar os pertences, quarto de banho, luzes, música, campainha, posições da cama, etc.), as rotinas do serviço (horários das refeições, visitas médicas, atividades de vigilância, etc.), e as regras do serviço, nomeadamente quanto ao acompanhamento por familiares e horário de permanência e de visitas. Será, igualmente, importante esclarecer a senhora sobre os procedimentos a que pode ser submetida, o que é esperado acontecer, que colaboração lhe é solicitada e negociar uma parceria de cuidados.

Tal como Swanson (1999a), desejamos uma prática de cuidar em enfermagem em que se valorizem as transações de humano para humano, com tudo o que elas comportam, mas também os conhecimentos científicos, o empenhamento, os valores humanos, o compromisso pessoal, social e moral que dão forma a um cuidar de excelência.

AFETIVIDADE

Ao longo da vida, o dia-a-dia de qualquer pessoa é repleto de momentos de encontro com os outros, originando os mais variados relacionamentos, dos mais variados modos de ser. A humanização dos cuidados de enfermagem passa, principalmente, pela relação com o utente. Tal como referido por Watson (1997, *cit in* Falk Rafael, 2000), a forma de cuidar, a que chama *Human Care*, baseia-se em valores como amabilidade, bondade, interesse, preocupação e carinho.

De acordo com o Dicionário da Língua Portuguesa, da Academia das Ciências de Lisboa (2001), carinho é o sentimento de ternura que se exprime por palavras ou gestos afetuosos.

Do estudo efetuado por Silva, Damasceno, Carvalho e Souza (2001) salienta-se que para os profissionais de enfermagem, os cuidados que prestam, embora se relacionem com a satisfação das necessidades dos seus clientes tendo como objetivo o seu bem-estar físico e emocional, e mesmo tendo em consideração a relação interpessoal, cingem-se muito mais aos aspetos técnicos. Quanto aos utentes, aproximam os cuidados de enfermagem às manifestações de carinho, atenção e paciência, associando-os à afetividade própria do estar com o “humano”, como nos manifestam algumas participantes:

- (...) gostei do carinho e da atenção com que as enfermeiras me tratavam (ET72);

- (...) e depois o pessoal de enfermagem também chega à nossa beira e também nos dá umas palavras de conforto, claro que é muito importante (EP6).

As ideias preconcebidas que as pessoas trazem podem ser modificadas e as suas expectativas ultrapassadas quando são tratadas com carinho, mas isso nem sempre é uma constante na prática de todos os profissionais:

- (...) tinha uma má impressão, sobretudo das enfermeiras, porque são as que mais diretamente estão connosco e fiquei agradavelmente surpreendida porque a esse nível fui atendida com muito carinho (EP1).

Muitos estudos têm referido como frequente uma forma de abordagem aos clientes pouco atenciosa e sensível, pelos profissionais nos vários sistemas de saúde (Adolfsson et al., 2004; Harvey et al., 2001; Murphy & Merrell, 2009; Séjourné et al., 2010a), com especial evidência ao nível médico (Rowlands & Lee, 2010), facto que também é referido no nosso estudo:

- Senti da parte dos profissionais alguma frieza, como se aquilo fosse mecânico para eles... mais médicos, mas também os enfermeiros (ET39).

Henley e Schott (2008), num trabalho que desenvolveram, observaram que os “pais”¹ apreciam a empatia e o carinho, tal como a competência, valorizando os profissionais nos quais isso é reconhecido. As autoras, embora reconhecendo que possa ser difícil prestar cuidados dessa forma, porque as situações que se apresentam são variadas, tal como as necessidades das pessoas, argumentam que isso não deve constituir razão para que os profissionais se distanciem dos clientes adotando tais atitudes.

Sobre este aspeto, alguns investigadores (Corbet-Owen & Kruger 2001; Murphy & Merrell, 2009) referem que deve dar-se ênfase às competências interpessoais e psicossociais dos profissionais, dado que défices a esse nível parecem provocar um impacto negativo na mulher e na sua recordação ao longo do tempo.

¹ De uma forma geral, muitos estudos anglo-saxónicos referem-se aos casais enlutados, por perda da gravidez, como pais. Mantivemos o termo, mas entre aspas.

DISPONIBILIDADE

Para os enfermeiros, aqueles que mais perto estão das mulheres/casais em situação de perda da gravidez e lhes prestam cuidados, talvez o mais complicado seja a incógnita sobre as reações com que se podem deparar e as respostas adequadas a dar. Pode incluir a manifestação de silêncios profundos, negação, agressividade, mágoa, raiva ou culpa acompanhadas de choro. Na opinião de Schott, Henley e Kohner (2007, p.47), “há uma tendência para reagir às lágrimas como se fosse uma hemorragia”. É difícil assistir a manifestações de pesar e luto, especialmente para profissionais que foram treinados para resolver problemas e encontrar soluções.

Permanecer calmo e apoiante, permitindo às pessoas expressarem a sua dor e chorarem, pode ajudar. Uma grande parte destas mulheres sente uma forte necessidade de falar sobre o que lhes aconteceu, por vezes repetidamente. Ouvilas com sensibilidade e respeito, embora possa ser difícil, pode ser extremamente útil para elas.

Tal como verificado por McLean e Flynn (2012), também no nosso estudo se observou que a disponibilidade para prestar este tipo de apoio não é uniforme, não dependendo tanto da instituição, mas mais dos próprios enfermeiros, independentemente de possuírem ou não formação especializada na área da saúde materna. Algumas participantes relataram grande disponibilidade dos enfermeiros para conversarem sobre as suas reações e necessidades naquele momento:

- *Uma delas disse-me – se quiser conversar eu sento-me aqui e fico consigo – portanto, eu acho que isso é de um carinho tremendo, de afeto tremendo, é de uma disponibilidade única (EP18);*
- *Houve uma que sim, falou mais comigo, foi muito atenciosa, senti-me apoiada (EP4);*
- *Senti apoio, sobretudo de uma enfermeira que se disponibilizou muito, se eu precisasse de conversar (EP5);*
- *Senti que estava lá sempre alguém para me apoiar (ET16);*
- *Estão lá [enfermeiros] e conversam, se for necessário estão ali e dão-nos uma palavra, estão disponíveis... (EP6);*
- *Disponibilizaram-se [enfermeiros] para conversar e explicaram o processo (ET58);*

- *Todos os profissionais estiveram atentos às minhas necessidades, senti uma disponibilidade total (ET37).*

Esta forma compreensiva e disponível dos enfermeiros, encontrando tempo para ouvirem as senhoras, é reconhecida como fazendo parte dos bons cuidados recebidos e como influenciadora da satisfação. Esta disponibilidade evidenciada na prática de cuidar é, igualmente, descrita como importante nos trabalhos de vários autores (Mrayyan, 2006; Kavanaugh et al., 2004; Wagner & Bear, 2008; Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003).

Dado que muitas vezes as expectativas das pessoas são baixas, não conhecendo muito bem a abrangência das competências dos enfermeiros, são surpreendidas e valorizam esta forma de cuidar:

- *(...) satisfeita com os cuidados, face às expectativas... não estava à espera que conversassem comigo sobre o assunto... (ET14).*

O desconhecimento sobre a natureza do trabalho de enfermagem é comum entre os utilizadores dos serviços de saúde e lembramos o estudo de Serra (2005), em que esse universo surge relacionado, sobretudo, com ações mecânicas, direcionando para uma conceção de trabalho essencialmente prático. Evidencia-se a falta de visibilidade de outro tipo de intervenções. Será fundamental que os enfermeiros reflitam sobre o *agir e como agir*, muito particularmente no que respeita às intervenções autónomas.

Verificou-se, no entanto, que muitas senhoras não encontraram a disponibilidade de que necessitavam por parte dos profissionais e acabaram por fazer a comparação com o momento de interação que se criou com a investigadora, durante o primeiro contacto no hospital:

- *Senti que não tinham muito tempo para mim, não senti grande disponibilidade da parte das enfermeiras para falar... (ET55);*

- *Vieram quando eu solicitei... aspetos puramente técnicos (...) no fundo, sabe o que é que funcionou, curiosamente, foi consigo... [investigadora] que foi, pronto, foi quando me foi lá visitar, e nessa altura, já comecei a equacionar coisas (...) mas, só vieram ter comigo quando eu solicitei... (EP1);*

- *(...) só que neste caso achava que a pessoa devia ter alguém ... alguém, não digo um psicólogo, mas alguém mais... neste caso tive-a a si [investigadora],*

mas...naquele momento, tive oportunidade de falar consigo, e aquele bocadinho para mim, o poder exprimir o que sentia, fez-me bem (...) é, chegam ali [enfermeiros]... só falaram - como é que se sente? (EP3).

Nestes encontros surgiu a oportunidade de as mulheres/casais falarem das suas histórias, do significado que aquela perda representou, dos seus sentimentos. Como naquele momento, na maior parte dos casos, o casal estava junto, houve a oportunidade de ambos colocarem dúvidas e clarificarem receios que, por vezes, resultavam da diferente forma de encararem o próprio evento. Em nossa opinião, otimizou-se ali a comunicação entre ambos, já que às vezes é mais fácil expor a uma terceira pessoa, neutra e que compreenda sem ajuizar, as suas diferentes formas de reagir e, conseqüentemente, as suas diferentes necessidades. Isso permitiu a cada um deles perceber o que o outro sentia, e iniciarem um processo de ajuda mútua na busca das melhores estratégias para se adaptarem à situação e resolverem o luto, mantendo o mais elevado possível o nível de bem-estar.

A este propósito, num estudo que efetuaram, Jansson e Adolfsson (2011) salientam que com compreensão e cuidados adequados as mulheres encontrarão a sua própria solução para uma situação tão pouco familiar.

É importante lembrar que os profissionais também são um produto da sua própria cultura e, de uma forma geral, recebem pouca formação e treino sobre como lidar com as perdas e os lutos tendo, assim, maior dificuldade em gerir a sua própria tristeza e ansiedade, facto que também encontramos referido por outros investigadores (Evans, 2012; Rowlands & Lee, 2010). Mas, por outro lado, eles têm a responsabilidade de dar voz aos seus clientes e de tornar visível este luto escondido, para que este evento seja mais reconhecido e melhor compreendido (Machin, 2009). Ouvirem as vozes das mulheres possibilita aos enfermeiros perceberem as suas necessidades e cuidarem-nas com qualidade.

De acordo com Bensouilah (2011), todos aqueles que estão envolvidos nos cuidados a estas mulheres podem perceber que são, talvez, das poucas pessoas com as quais elas podem falar, ou vir a falar. São aqueles com quem a mulher sente que pode partilhar os seus sentimentos e aos quais reconhece conhecimento científico. Essa oportunidade não deve ser negligenciada. Em resultado dos seus estudos sobre esta temática, Moulder (2002) diz que é necessária uma abertura e disposição para entrar no mundo do outro e perceber a sua experiência, não para perceber como se sente, mas para sentir “com ele”. Num outro estudo, Kavanaugh e colaboradores (2004) referem que o apoio disponibilizado deve pressupor atos

específicos, esforços intencionais para ajudar o outro para além da espontaneidade, ou do solicitado pela cliente.

Em diferentes momentos deve ser oferecida a oportunidade e solicitada permissão para falarem sobre o evento, ou as consequências, caso a senhora queira.

Roehers e colaboradores (2008, *cit in* Evans, 2012) defendem que os enfermeiros mais jovens devem ter mentores com mais prática clínica na gestão de casos como estes, de forma a poderem guiá-los na sua prática e na comunicação com estas famílias. McGreigh (2005, *cit in* Evans, 2012), nos resultados de um estudo seu, salienta que enfermeiras mais velhas e mais experientes providenciavam os cuidados mais apropriados às mulheres em situação de abortamento. Por tudo isto, Evans (2012) argumenta que melhorar estes aspetos na formação dos enfermeiros e, a prática da tutoria ou supervisão clínica, são essenciais para o aperfeiçoamento dos cuidados, contemplando as necessidades emocionais destas mulheres.

ACOMPANHAMENTO/PRESENÇA

De acordo com Corney (2000, *cit in* Serra, 2005, o ambiente hospitalar é frequentemente referido pelos doentes como clínico, impessoal e frio. Qualquer situação de internamento hospitalar despoleta sentimentos de angústia e ansiedade, devidos ao afastamento do seu meio familiar e às contingências impostas pela sua própria situação de saúde. Sucedem-se procedimentos que facilmente conduzem a uma descaracterização da pessoa, contribuindo para uma situação de “esmagadora vulnerabilidade” (Morrisson, 2001 *cit in* Serra, 2005, p.56).

Como o organismo humano é um todo, a perturbação de um sistema pode desencadear uma série de outras alterações em outros sistemas que, por sua vez, também podem ser influenciadas pelo bem-estar e conforto físico. Gera-se uma interdependência entre indivíduo e ambiente. Uma interferência a este nível, como acontece com um internamento, pode desencadear, entre outros, sentimentos de isolamento e abandono.

Compete aos profissionais de saúde, concretamente aos enfermeiros, tentar minimizar o impacto da hospitalização através do estabelecimento de uma relação positiva entre cuidador e cuidado. No âmbito desta relação, o acompanhamento prestado, o fazer sentir-se presente, adquire um sentido importantíssimo. A ansiedade e o sentimento de abandono do utente são atenuados pela presença e

atenção constantes, evidenciadas pelo enfermeiro, mesmo sem ser chamado. A pessoa vai sentir que não é esquecida e que se importam com ela. A este propósito, Johansson e colaboradores (2002) referem que, de acordo com os doentes, as intervenções de enfermagem baseadas nos sentimentos e emoções contribuem mais para a satisfação do que as intervenções técnicas. Segundo os autores, poucos estudos têm descrito que a satisfação dos doentes seja resultado da competência técnica dos enfermeiros, talvez pela falta de conhecimentos para efetuarem essa avaliação. Desta forma, os enfermeiros não devem subestimar o valor do contacto físico, através do toque, com os utentes, especialmente quando isso tem a possibilidade de confortar.

Uma das participantes evidencia a sua satisfação pela atenção e acompanhamento demonstrados pelos enfermeiros:

- (...) o pessoal de enfermagem foi excelente, sempre preocupado se eu estava bem, se tinha dores, se sentisse a mínima dor para tocar à campainha para chamar, revelaram ali... mesmo preocupação (EP15).

Enquanto outra senhora ressalta um facto inerente à profissão – o enfermeiro é o profissional que mais tempo permanece ao lado do doente. Ele está presente nas 24 horas, por isso, em nosso entender, deve promover naqueles que cuida o bem-estar nas suas diversas dimensões – biológica, psicológica, social, espiritual e emocional – e essa presença tem de se repercutir ao nível dos cuidados e ser constatada pelos utentes:

- (...) as enfermeiras, estiveram mais presentes do que os médicos... (EP4).

De acordo com Johansson e colaboradores (2002), quanto mais atenção o enfermeiro prestar ao utente maior será a sua percepção de satisfação.

A satisfação dos utentes é determinada pelas suas expectativas, tendo em vista os cuidados que esperavam receber e a sua percepção sobre os cuidados que previamente lhes foram prestados. Tal como se verifica em outros estudos, quando existem internamentos anteriores as comparações são inevitáveis e as expectativas podem mudar (Johansson et al., 2002; Milutinovic et al., 2010):

- Fiquei mais satisfeita, comparando com a perda anterior que tive (ET28).

No estudo desenvolvido por Dozier, Kitzman, Ingersoll, Holmberg e Schultz (2001), as autoras argumentam que se os utentes tiverem experiências de hospitalização limitadas terão dificuldade em definir expectativas de forma

confiável. Assim, assumem que os utentes são capazes de avaliar em que medida as suas necessidades foram satisfeitas sem terem de recorrer a expectativas ou valores prévios. Além de que, teoricamente, essa perceção sobre a satisfação das suas necessidades não é afetada por variáveis demográficas, pessoais ou situacionais. De forma idêntica, Larrabee e Bolden (2001, *cit in* Odininio & Guirardello, 2010) referem que as pessoas “sentem-se satisfeitas quando as suas necessidades são atendidas, o tratamento que recebem é agradável, e a equipa importa-se, é atenciosa e competente”. (p. 683)

Na opinião desta participante, à semelhança do que acontece durante o trabalho de parto, também aqui, no trabalho de abortamento, a presença frequente de alguém que apoie, num processo que é doloroso, e informe sobre o desenrolar da situação, não só a mulher mas o casal, é fundamental:

- (...) *deveria estar sempre...ter alguém consigo a apoiar é fundamental...mesmo alguém mais técnico...a explicar e a apoiar (...)* Achei que enquanto lá estive até o meu marido precisava de apoio (ET32).

Houve participantes que, embora se sentissem satisfeitas com determinadas atitudes relacionais, evidenciadas na prestação de alguns cuidados, não viram satisfeitas as suas necessidades de apoio emocional, mencionando que os cuidados se limitaram à satisfação das necessidades físicas, ou a intervenções resultantes de prescrição:

- (...) *elas não tiveram um bocadinho de tempo para mim, nenhuma delas...percebe...mas foram muito carinhosas, atenciosas, aí até foi muito agradável, mas, ao mesmo tempo, fiquei um bocadinho triste porque de facto, em determinado momento precisei de ter ali alguém, de conversar um bocadinho...e não houve, percebe, foi tudo muito rápido, entradas e saídas, muito rápido...senti-me um bocadinho abandonada* (EP1);

- (...) *só lá iam para colocar os medicamentos (...)* Durante o internamento foi consigo [investigadora] que falei mais e melhor, a senhora conseguia adivinhar tudo o que me ia na cabeça (ET39).

Estes aspetos, merecedores de menor satisfação nos utentes, são igualmente referidos em outros estudos (Alhusban e Abualrub, 2009; Harvey et al., 2001; Hogan, 2000; McLean & Flynn, 2012). Alhusban e Abualrub (2009, p.757), com base nos resultados do seu estudo, recomendam que os enfermeiros devem: i) aumentar o tempo de permanência com os doentes; ii) providenciar mais

informação sobre o tratamento e sobre o seu *status* de saúde; e iii) melhorar a continuidade dos cuidados mantendo a individualidade dos doentes. Laakso e Paunonen-Ilmonen (2002) referem que médicos e enfermeiros parecem considerar que ocupar-se com o luto não faz parte do seu trabalho e que pode ser uma intrusão nos assuntos do casal. Esta atitude não é compatível com a relação empática que deve predominar na relação terapêutica.

O foco da atenção nas rotinas e nos procedimentos técnicos impede que se percebam importantes necessidades dos utentes – sentimentos, anseios, dúvidas, dor, desconforto – impedindo a prestação de cuidados mais abrangentes e personalizados que incluam a dimensão emocional. De acordo com Sá (2001, o cuidado emocional é a habilidade de perceber o impercetível.

A presença e o acompanhamento efetuado de forma constante pelos enfermeiros, em conjunto com um elevado nível de sensibilidade às manifestações verbais e não verbais de quem é cuidado, permitem interpretar muitas das necessidades individuais do utente, mesmo sem que ele as refira. De acordo com Lachman (2012), uma forma clássica de se fazer presente e reduzir a sensação de abandono dos utentes será através da ronda hora a hora e do questionamento direto sobre as necessidades de cada pessoa nesse momento. Cuidar de alguém pressupõe utilizar todos os sentidos para desenvolver uma visão global do processo, atentando sistematicamente ao ambiente e ao indivíduo com o intuito de promover os melhores e mais seguros cuidados. A situação descrita por esta participante não é compatível com tal prática:

- Só quando já não aguentei mais, que entrei em vômitos, em cólicas intestinais e dores horríveis aí é que pedi ajuda e inclusive a enfermeira disse: - “Não podia ter chegado a este ponto!” (EP18).

De acordo com Carapinheiro (1998, *cit in* Serra, 2005, p.56):

os doentes sabem que convém serem delicados, não exprimem demasiado as dores, mesmo que realmente as sintam, não chamarem muitas vezes o enfermeiro, não tocarem muitas vezes a campainha.... Reconhecem bem as expectativas construídas sobre o «bom» e o «mau» doente, sabem que comportamentos correspondem a cada uma das categorias e esforçam-se por produzir a melhor imagem de si como bons doentes.

Esta opinião da autora, de certa forma, pode justificar o facto de muitas vezes os utentes se inibirem de chamar os enfermeiros, como esta participante. De acordo com a investigação desenvolvida por Morrison (2001, *cit in* Serra, 2005) verifica-se que adotam uma postura tímida e obediente, com dificuldade em colocar questões. Serra (*ibidem*) argumenta que o assumir destas atitudes pelas pessoas pode, ou não, obedecer a processos conscientes.

Estas atitudes merecem a atenção dos enfermeiros, cujas intervenções devem antecipar esta ocorrência. Prestar cuidados de qualidade é prever as necessidades dos clientes.

PROFISSIONALISMO

Entendemos por profissionalismo a capacidade que o enfermeiro tem para a realização do seu trabalho de forma competente e conveniente. Exercer com profissionalismo significa dizer, no caso do enfermeiro, que presta cuidados bem planeados e de forma correta, fundamentados na prática ética, colocando o cliente em primeiro plano e agindo no maior interesse do indivíduo ou da sociedade.

No nosso estudo, várias participantes salientaram um ou outro enfermeiro quanto ao seu profissionalismo, embora por diferentes aspetos:

- Foram muito profissionais, acima de tudo muito humanos, até podiam não saber o que dizer, mas o toque...sei lá (EP3).

O toque é um importante meio de conexão com os outros, apesar do seu significado variar entre as culturas. É uma forma de aproximação que ganha ainda maior relevância no mundo cada vez mais tecnológico, do qual o meio hospitalar é um excelente exemplo. Quando, por variadas razões, o silêncio se impõe, o toque é fundamental para manter a ligação, muito particularmente, com aqueles de quem cuidamos. De acordo com Sá (2001, p.69), “o toque vai além de um mero contacto físico, ele é uma porta aberta à troca energética entre dois seres humanos. O ato de tocar alguém é confortador e faz parte ativa do cuidado”.

No exercício profissional, o enfermeiro acede e interpreta os sinais e preocupações dos seus utentes. Para isso, deve estar em sintonia com aquele de quem cuida. Numa interação em que a comunicação se assume como primordial, o toque faz parte da comunicação, embora não verbal. Através dele podemos, em cinco segundos, transmitir muito mais afeto do que em cinco minutos de discurso oral.

A forma como os enfermeiros protegeram as senhoras em momentos, e durante intervenções, que lhes poderiam afetar a suscetibilidade e o respeito que evidenciaram pelas suas opções foram apreciadas positivamente pelas participantes:

- (...) *começou a sair mais sangue e eu dei fé dele cair [feto], senti-me mesmo “baa” aquilo a cair, as enfermeiras tiveram o cuidado de me tirarem logo o jarro...* (EP18);
- (...) *não queria ver o feto, virei a cabeça, e a enfermeira teve o cuidado de o tapar da minha vista* (ET52).

Preservar as pessoas de imagens que as podem chocar e acentuar ainda mais a tristeza do momento evidencia-se como um exemplo de boa prática e uma atitude profissional. Revela a atenção e a sensibilidade com que o enfermeiro gere a situação.

Por vezes, os utentes têm dificuldade em concretizar quais as ações concretas que lhes permitem distinguir alguém como um exemplo de profissionalismo:

- (...) *aqueles [cuidados] prestados por um senhor enfermeiro [especialista], achei-o diferente dos outros enfermeiros...* (ET48);
- (...) *achei extraordinário o trabalho de um enfermeiro [especialista]...foi impecável* (ET50);
- *Um enfermeiro [especialista], não sei o nome do senhor, mas ele mostrava-se preocupado connosco, isso, eu senti (...). Gostei bastante dele, sou sincera, de toda a equipa que estava lá, ele é que... pronto, gostei...* (EP17).

A diferença parece estar na escuta e atenção que se oferece a alguém que se apresenta em sofrimento e que procura a ajuda de um outro, e que se propõe a compreendê-lo como indivíduo que pensa, sente e comunica. Tal atitude possibilita que se gere uma compreensão empática, mediante o processo dinâmico de ser capaz de penetrar no universo do outro, tornando-se sensível à mobilidade e significação das suas vivências. Atitude tem a ver com mentalidade, com a forma como se sentem as coisas e como a pessoa se relaciona com o mundo. A atitude e o comportamento são basilares no exercício profissional.

O profissionalismo é entendido como o correto exercício do papel e das competências profissionais. É feito de comportamentos concretos, reais e humanos, em que se articulam os aspetos éticos e deontológicos da profissão e que, dessa

forma, permitem orientar a profissionalidade, identificada como a conjugação dos saberes e competências firmados na autonomia dos enfermeiros e direcionada para uma dimensão operacional. Enfermeiros profissionais são aqueles que os outros valorizam e respeitam.

CONTROLO DA DOR

O processo de abortamento, na maioria dos casos, reveste-se de grande sofrimento físico, cuja resolução tem um tempo médio de 14 horas, mas pode durar dias. Em muitos países, a atitude terapêutica verificada é a cirúrgica através da dilatação do colo uterino e o esvaziamento do seu conteúdo, sob o efeito de sedação, o que acarreta menor sofrimento físico e menor tempo de internamento para as utentes. Entre nós, e sobretudo para os abortamentos do primeiro trimestre, os protocolos privilegiam uma atitude expectante se em presença de uma hemorragia escassa, ausência de dores abdominais e colo uterino fechado (Ayres de Campos, Montenegro & Rodrigues, 2008).

Os protocolos recomendam uma atitude terapêutica mais interventiva quando a situação não se resolve espontaneamente em alguns dias, ou quando a idade gestacional é superior a 14 semanas. Nesse caso, utilizam-se fármacos do grupo das prostaglandinas, através de aplicação intravaginal de 3/3 horas, até cinco aplicações, ou por via endovenosa nos casos em que a opção anterior não tenha resultado. No caso de insucesso na primeira opção de intervenção ao longo das primeiras 24 horas, o processo será repetido num segundo dia e as intervenções serão repetidas, embora com fármacos diferentes e por outra via, podendo estender-se até um quarto dia.

De referir que, embora possam não estar presentes dores abdominais, face à inexistência de contractilidade uterina pela ausência do efeito das prostaglandinas, os efeitos laterais mais frequentes destes fármacos, para além desse, são a hipertermia, as náuseas, vômitos e diarreia.

Associam-se, normalmente, outros fármacos para minimizarem estes efeitos, mas a sua prescrição nem sempre estabelece um horário fixo, podendo a sua administração estar condicionada ao aparecimento dos sintomas. Esse facto nem sempre é comunicado às utentes e muitas pensam que o processo tem mesmo de decorrer dessa forma dolorosa, inibindo-se de chamar o enfermeiro.

Felizmente, a maioria dos casos resolve-se em 24 horas, embora, por vezes, com elevado grau de sofrimento, facto que contribui para que algumas

senhoras refiram que devia ser encontrada uma forma de passar por este processo sem tanto sofrimento físico, sobretudo tendo em conta o sofrimento que uma perda desta natureza, por si só, acarreta:

- (...) *acho que o processo para a expulsão é retrógrado, é injusto para quem sofre a perda* (ET6);

- (...) *eu tive perdas, eu tive dores, e pelo que me disseram, eu tive as chamadas dores de parto, já que foram as contrações e depois chegou a uma altura em que eu não consegui aguentar (...) o sair da cadeira de observações, o vomitar logo na banca, o querer ir para o quarto (...) ter uma contração enorme, o não conseguir estar de pé, voltar outra vez e a partir daí foi... seguido ... isso foi muito doloroso* (EP12);

- (...) *[é um] grande sofrimento físico* (ET22);

- (...) *achei o processo doloroso* (EP12);

- (...) *ainda me lembro das dores que passei* (ET39).

Este sofrimento é comparado ao do trabalho de parto, mas nesse caso ele é recompensado no final com o filho idealizado. Esse período de desconforto é suplantado e mais facilmente esquecido com os momentos de alegria e felicidade que se lhe seguem; no caso do processo de abortamento, trata-se de um sofrimento inglório, não há recompensa, como se depreende destes discursos:

- (...) *é complicado porque sofremos, estamos ali... tive [dores] das 4h da tarde até às 10h da noite... foi complicado, porque estava ali a sofrer para nada, como se fosse para nada, porque não íamos ter mesmo... não íamos ter nenhum prémio* (EP16);

- (...) *custou-me mais agora o aborto do que o próprio parto do meu filho (...) as contrações e tudo, muito mais doloroso (...) é muito desgastante, completamente desgastante* (EP17);

- (...) *é complicado já o facto... como é que lhe hei de explicar... de ter de provocar, a perda, tudo isso,... o facto de sentir todas as dores, porque eu só acho uma coisa, quando se verifica que, realmente, não há nada a fazer, que o organismo não vai conseguir expulsar, eu acho que era mais fácil passar, digo eu, para a outra fase logo. Ok! Vamos fazer tudo... [para não sofrer] passamos uma fase que são dores muito parecidas com o parto... fiquei ali a sentir tudo* (EP11).

Numa situação como esta, a reação das pessoas que a experienciam pode variar de acordo com múltiplos factores como o seu limiar de tolerância à dor, os seus conhecimentos sobre a fisiologia do próprio processo de abortamento, as suas estratégias de *coping*, o acompanhamento e o apoio que recebem ao longo do processo, entre outras. Por vezes, este evento é encarado como obra da natureza e, nesse âmbito, as mulheres podem entender que o processo de abortamento deve ocorrer sem recurso a medicação, o que, de acordo com alguns autores (Frost et al., 2007), lhes pode dar naquele momento uma sensação de controlo da situação.

Uma das nossas participantes, praticante de técnicas de relaxamento, fez uso dos seus conhecimentos que, pelo menos numa fase inicial do processo, constituíram uma ajuda no controlo da dor:

- (...) *eu consigo fazer, mais ou menos, a gestão deste tipo de dor... fiz relaxamento... depois, quando comecei a ter muitas dores, foi muito mais complicado...* (EP7).

O esvaziamento uterino nem sempre é completo, podendo alguns fragmentos ovulares permanecer aderentes à parede uterina. Nesse caso, havendo dilatação do colo uterino, é necessário proceder a uma curetagem. Trata-se de um ato médico e, como tal, sujeito ao seu critério quanto ao uso, ou não, de algum tipo de analgesia, de acordo com a situação. No entanto, na nossa prática observamos, por vezes, que a curetagem, talvez quando considerada simples e rápida, é efetuada sem essas medidas de suporte, tornando-se mais um aspeto valorizado negativamente pelas senhoras:

- (...) *fazer a curetagem custou-me muito* (ET46).

Séjourné e colaboradores (2010a), num estudo que efetuaram, observaram que as mulheres que passaram por um trabalho de abortamento natural apresentaram mais dificuldades no que concerne à gestão da dor e perturbações físicas, bem como na recuperação pós-abortamento e no regresso à vida normal, quando comparadas com as mulheres que receberam tratamento cirúrgico com recurso a dilatação e aspiração do conteúdo uterino. Este facto é igualmente reportado num estudo de Ogden e Maker (2004, *cit in* Séjourné et al., 2010a). Um outro trabalho, efetuado por Smith e colaboradores (2006), referem que, embora os resultados não tenham evidenciado diferenças no que se reporta à incidência de infeções ginecológicas entre as mulheres face a atitudes expectantes, médicas ou

tratamento cirúrgico, a verdade é que se verificaram mais readmissões e intervenções, inexplicadas, entre as mulheres submetidas a procedimentos expectantes e médicos.

De acordo com as *guidelines* propostas por Schott e colaboradores (2007), e dado que não existe a forma ideal de tratar uma situação de abortamento, sempre que possível e clinicamente apropriado, deveria ser possibilitada a cada mulher a escolha do processo a adotar (expectante, médico ou cirúrgico), mediante a correta informação sobre cada procedimento e as suas várias implicações.

Prevenir ou aliviar a dor é considerado pelos utentes como equivalente a bons cuidados quer médicos quer de enfermagem (Jansson & Adolfsson, 2011; Johansson et al., 2002; Smith et al., 2006), pelo que todas as situações em que a dor se possa associar devem ser ponderadas e, de acordo com o interesse e o bem-estar dos utentes, o seu risco deve ser minimizado e a sua ocorrência controlada, por forma a garantir-se cuidados de qualidade.

INFORMAÇÃO

As mulheres têm uma enorme necessidade de informação. Com base na sua investigação, Moulder (2002) afirma que *informar* é tão valorizado e citado que ocupa o segundo lugar de importância, precedido somente pela *demonstração de compreensão pelos profissionais*.

São muitos os estudos que apontam para a escassa informação que as mulheres/casais recebem durante, e após, um processo de perda da gravidez (Abboud & Liamputtong, 2005; Bacidore et al., 2009; Corbet-Owen & Kruger, 2001; Harvey et al., 2001; Frost et al., 2007; Smith et al., 2006). As mulheres raramente estão familiarizadas com um processo de abortamento. Precisam de saber e querem saber o que esperar durante todo o processo, de forma a sentirem-se empoderadas e, tanto quanto possível, exercerem algum controlo nessa experiência de vida. Como será possível partilhar a gestão dos cuidados com pessoas que não possuem informação que lhes permita escolher ou decidir, ou, simplesmente compreender para aceitarem? A este propósito, no estudo efetuado por Swanson (1999a) observou-se que esta partilha de cuidados proporcionou às mulheres benefícios ao nível psicológico, com redução das perturbações emocionais, da raiva e da depressão.

O enfermeiro, enquanto cuidador do cliente, tem de agir em seu benefício. Tem de se antecipar, tem de prever as dúvidas e necessidades das mulheres que

vivem uma situação sobre a qual ele possui elevados conhecimentos técnico-científicos.

Passada a fase de choque, a perda começa a ser integrada e melhor compreendida, mas a situação não deixa, por isso, de ser desconhecida, pelo menos para quem a vive pela primeira vez. Para quem a revive é, igualmente, uma nova experiência. No âmbito profissional, é um dever, uma boa prática informar sobre o que se vai passar durante todo o processo, mas temos relatos bem diferentes:

- (...) *esteve lá uma enfermeira comigo e explicou-me como era* (EP7);
- (...) *a única pessoa que falou comigo sobre o assunto, foi mesmo a senhora [refere-se à investigadora] (EP2).*

Moulder (2002), na sua investigação encontrou este facto mencionado por muitas participantes, referindo elas que se sentiam ignoradas pelos profissionais que pouco comunicavam e que falharam no reconhecimento das suas necessidades. De acordo com a autora, as mulheres facilmente se sentirão duplamente abandonadas: pelo bebé que perderam e por aqueles que supostamente delas deveriam cuidar. Na opinião de alguns autores (Kohn & Moffitt 2000; Wright, 2011), esta ocorrência pode também dever-se à minimização das perdas precoces em que, simultaneamente, são desvalorizadas as consequências para as mulheres, ou ainda, segundo a opinião de Adolfsson e colaboradores (2004), por evitamento profissional.

Observa-se frequentemente nos utentes uma grande inibição para qualquer questionamento. De acordo com Kavanaugh e Moro (2006), os enfermeiros prestam uma ajuda importante ao anteciparem as necessidades de informação, oferecendo e repetindo informação e explicações, pacientemente. Entre as nossas participantes, observaram-se relatos que evidenciam essa falha de informação, por exemplo, sobre o processo de abortamento:

- (...) *não estava preparada e desconhecia o processo que me esperava* (ET66);
- (...) *precisava de um maior esclarecimento sobre todo o processo no decurso do internamento* (EP8);
- (...) *o que falhou foi a falta de informação, alguém que me explicasse um bocadinho mais os processos... em termos de informação (...) do género - olhe vai sentir isto, vai sentir aquilo, você vai precisar de fazer isto ou aquilo... eu senti-me a esse nível, em termos de informação, um bocadinho abandonada...* (EP1).

A importância que as mulheres atribuem à informação e, conseqüentemente, a falta que dela sentem é observada em muitos estudos e referida por muitos autores (Bacidore et al., 2009; Corbet-Owen & Kruger, 2001; Lee & Slade, 1996; Séjourné et al., 2010a; Smith et al., 2006; Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003). No estudo efetuado por DiMarco e colaboradores (2001), as autoras salientam que, apesar de muitos relatos positivos sobre a atuação dos profissionais, os enfermeiros ainda têm muito a aprender sobre como melhorar a sua atuação perante um evento com este impacto.

A partilha de informação promove a discussão sobre a experiência, a identificação de aspetos que merecem clarificação (Smith et al., 2006; Williams et al., 2008) e a negociação dos cuidados, dando à utente uma sensação de segurança e controlo, ao invés de se sentir controlada, reduzindo o impacto negativo do evento e contribuindo para melhorar os resultados. Os enfermeiros devem estar atentos às questões que as utentes possam querer colocar, mas que têm dificuldade em concretizar, devendo por isso encorajá-las a exprimir os seus pensamentos:

- (...) *não me explicaram todo o procedimento...e eu acho que era bom...num hospital para aquilo que sabemos... ouvimos... ninguém me explicou o que podia ver* (EP17);

- (...) *eu tinha aquelas contrações, depois paravam, depois vinham e depois paravam... e quando expeli o coágulo, da primeira vez, pensei já saiu tudo, mas as contrações não pararam, e eu disse, bem é porque isto ainda demora algum tempo a passar, é porque não é bem assim...* (EP10).

Cada mulher devia ter conhecimento dos detalhes do seu próprio abortamento. Ao longo do processo, em resultado das contrações uterinas e da dilatação do colo uterino, os produtos da conceção são expelidos, podendo apresentar-se mais ou menos íntegros. O seu aspeto também depende do tempo da gestação. Para a mulher não se trata de um qualquer conjunto de tecidos celulares, mas sim do seu “filho”. Não sabem o que esperar, eventualmente pode ser uma imagem chocante que vai permanecer no subconsciente como um registo negativo. Seria conveniente explicar o que pode ser expelido, qual o aspeto e, permitindo que a decisão de ver, ou não ver, fosse da senhora.

Os discursos seguintes revelam, sob o nosso ponto de vista, a insensibilidade com que determinados procedimentos se efetuam de forma rotineira, sem qualquer explicação, revelando falta de profissionalismo:

- (...) *lamento não ter tido mais informação sobre a forma como ia decorrer todo o processo...acho que foi terrível... deram-me uma caneca para urinar e eu é que deduzi porque seria... acabei por ver... o que seria o bebé... chocou-me... gostava de ter visto se me tivessem explicado (ET55);*

- (...) *preparada... se calhar não estava porque eu também não sabia o que é que ia sair, eu nem sabia como é que (...) não gostei muito do aspeto do que vi, porque o saquinho saiu direitinho (...) pensei que aquilo podia ser o meu filho (EP17);*

- (...) *vi o bebé sem querer, não estava à espera...não sei se teria sido melhor não ter visto (ET25).*

A informação a disponibilizar abarca aspetos múltiplos, tornando-se difícil para a senhora, na condição em que se encontra, assimilá-la de uma só vez. Devem, por isso, dar-se as informações e explicações adequadas a cada fase do processo, de acordo com as necessidades, mas não pode ser esquecido o momento de preparação para a alta, para o que designamos por *amanhã*, esse período crítico em que a mulher se vai confrontar com a realidade do regresso à sua vida – não mais grávida – necessitando reequacionar perspetivas. É o início do retorno ao estado não gravídico, com todas as suas implicações físicas e psicológicas, mas é, também, o momento de se confrontar consigo própria, com a vida a dois e com os outros.

A respeito da informação adequada para lidar com os problemas que se colocam no regresso a casa da mulher/casal, encontrámos quer na literatura (Bacidore et al., 2009; Harvey et al., 2001; Séjourné et al., 2010a; Stratton & Lloyd, 2008; Wong et al., 2003), quer entre as nossas participantes, referências a alguma insatisfação:

- (...) *sinto que deveria ter havido mais informação sobre todo o procedimento...deveria saber o que era suposto acontecer durante o processo e depois da alta...nem sabia quando tomar a pílula...só me disseram para falar com a médica de família (EP13);*

- (...) *deram-me alta, mandaram-se embora e – depois vá ao seu médico e, não sei quê... – Foi só assim. Não me disseram – pode sentir dores, pode... NÃO, não me disseram nada. Não faço a mínima ideia; aliás, veio-me hoje o período e eu até queria saber se posso começar já a tomar a pílula (EP13);*

- (...) *já percebi que... passou mais de 1 mês e ainda não me veio o período... (EP7).*

O planejamento da alta deve ter em vista a melhor adaptação da mulher/casal à sua nova condição de saúde e de vida. É comum dizer-se que a preparação da alta deve iniciar-se no momento do internamento. No caso das mulheres internadas por perda da gravidez, tal como referido, o tempo que medeia o internamento e a alta é muito curto. Por outro lado, dado que as causas dos abortamentos são difíceis de justificar, parece haver a ideia de que há pouco para oferecer em termos de informação. Orientar para a alta deve ser visto como a continuidade do processo de prestação de cuidados, transferindo-se a ação para o cliente. Assim, deve ser disponibilizada toda a informação necessária para a sua própria gestão do cuidado, de acordo com as necessidades reais e potenciais.

Qualquer mulher/casal numa situação como esta necessita de informação sobre abortamento, em geral; sobre o processo fisiológico de recuperação, sobre sinais e sintomas de alerta; sobre nutrição, sono e repouso, conforto e distração; sobre o processo de luto e as suas diferentes vivências entre o casal; sobre como explicar a outros filhos; sobre *coping*, sobre fontes de suporte; sobre sexualidade e contraceção; sobre como encarar os outros e retomar rotinas e trabalho; sobre quando tentar outra vez, entre outras. Estes temas de informação são, igualmente, propostos por vários autores em resultado dos seus estudos (Bacidore et al., 2009; Easterwood, 2004; Hutti, 2005; Moore, Parrish & Black, 2011; Murphy & Merrell, 2009; Séjourné et al., 2010a; Wong et al., 2003).

Na maior parte dos nossos serviços hospitalares, por norma, os estudos analíticos mais pormenorizados só se efetuam em mulheres/casais a partir do terceiro abortamento. De igual modo, não são asseguradas quaisquer outras consultas de revisão ou acompanhamento, sendo a senhora, normalmente, aconselhada a ir ao médico de família. Além de se colocar na mulher o ónus para este encontro, elas receiam que o médico de família não esteja a par da sua situação e pouco possa fazer. Num período marcado pela vulnerabilidade, tristeza e depressão, poucas mulheres têm energia para tomar esta iniciativa e a tendência natural é para esperarem melhorar, o que nem sempre se verifica, ficando a mulher cada vez mais isolada no processo de luto.

Em nossa opinião, independentemente das necessidades da mulher no momento, ela deveria sair do hospital com uma consulta de revisão ou de acompanhamento marcada. Os serviços deveriam oferecer-lhe essa possibilidade.

De uma forma geral, as pessoas têm grandes expectativas sobre as causas para as coisas que lhes acontecem, como se forçosamente pudessem ser

explicadas. Numa época tão marcada pelo avanço da medicina é desconfortável não ter uma explicação linear para o insucesso da gravidez:

- (...) *mas procuramos, nós queremos sempre saber o porquê, faz parte da nossa natureza humana não é?* (EP15).

Para a mulher, conhecer uma causa pode ajudar a desculpabilizar-se, percebendo que não estava ao seu alcance evitar a perda, o que permite aceitar mais facilmente, e talvez, tentar outra gravidez com mais confiança:

- (...) *mas, a gente fica sempre com aquela dúvida... gostava de saber mais o porquê...* (EP2)

- (...) *acho que me deram pouca informação sobre o seguimento, depois... senti-me um pouco perdida, recorri à net... e aí é que fiquei assustada* (ET29)

As mulheres necessitam de respostas honestas, mesmo que seja para dizer que não sabemos com certeza; linguagem acessível, transmitida com sensibilidade e que as esclareça sobre o que aconteceu, o que está acontecendo, o que pode vir a acontecer e, ainda, por que motivo aconteceu. É da responsabilidade dos enfermeiros providenciar, tanto quanto possível, esta informação, de modo que lhes facilite a compreensão do presente e que as ajude a prepararem-se para o que pode surgir no amanhã.

Quando as explicações não partem dos profissionais, as pessoas têm tendência a procurarem-nas em outros sítios. Atualmente, através da *Internet*, os recursos multiplicam-se, mas nem sempre a informação é a mais fidedigna e acessível à compreensão das pessoas, o que pode ter um efeito pernicioso, contribuindo para agravar os medos e a ansiedade.

Implementar melhorias ao nível do plano da alta poderia passar por disponibilizar um contacto telefónico de uma enfermeira de saúde materna e obstétrica que funcionasse como consultora do luto e que pudesse responder às necessidades sentidas pela mulher em algum momento; ou disponibilizar alguma informação escrita que a mulher/casal pudesse em qualquer momento rever; poderia, igualmente, passar por um contacto telefónico no final da primeira semana pós-alta, para avaliar o luto e o bem-estar e orientar atempadamente; como, também, orientar para *websites* fidedignos que possam ajudar a complementar a informação.

As utentes vêm reivindicando, cada vez mais, mudanças ao nível das atitudes e dos cuidados. É certo que elas deverão ser realistas quanto às suas expectativas, mas os enfermeiros necessitam de fazer sobressair as habilidades e competências que possuem para cuidarem com excelência - informar é, indubitavelmente, uma delas.

Pelos familiares

Esta categoria emerge da seguinte subcategoria:
Presença/Acompanhamento durante o internamento

Perante uma hospitalização por perda de gravidez, a mulher encontrar-se-á numa situação duplamente stressante que mobiliza nela um elevado grau de ansiedade, visto tratar-se de um evento que lhe afeta a integridade, tanto física quanto psicológica e emocional. A presença e os cuidados de um familiar podem amenizar esse impacto, atuando de modo a manter o equilíbrio.

Não encontramos estudos que falassem, propriamente, sobre a necessidade de apoio e cuidados familiares durante o período de internamento, possivelmente, como já referimos, porque em outros países a abordagem destes casos seja sobretudo cirúrgica, implicando um internamento de poucas horas, para recuperar da sedação, retornando rapidamente ao domicílio. De acordo com esses protocolos, as mulheres são admitidas para dilatação e curetagem, em ambulatório, ficam em vigilância 2/3 horas e têm alta.

PRESENÇA/ACOMPANHAMENTO DURANTE O INTERNAMENTO

A hospitalização pode acompanhar-se de sentimentos de medo, impotência, fragilidade. Ter alguém de confiança por perto, nesse momento, proporciona um maior sentimento de acolhimento e segurança. Alguém que partilhe as informações sobre o desenvolvimento do processo, sobre os procedimentos e, eventualmente, que possa atuar como intermediário junto da equipa de saúde.

A presença de alguém significativo, acompanhando durante as horas de espera, ao longo do processo de abortamento, foi considerada como benéfica pelas nossas participantes e também pelos companheiros/maridos, dado que foi o familiar de eleição para a maioria das participantes. A ideia de que os casais estão juntos nos bons e nos menos bons momentos está bem expressa neste relato:

- (...) *porque ele participa comigo em tudo* [risos]. *O tempo que eu estive no hospital ele só saía de lá porque eu mandava-o de lá quase à força, embora, porque se ele pudesse ficar lá, ele ficava* [fala a rir]; *porque é o que ele dizia: - Eu não posso passar pelo que estás a passar, mas de qualquer maneira, também sou o responsável por isso...* (EP14).

A presença dos companheiros/maridos é a mais desejada e apreciada pela maioria das nossas participantes:

- *Fiquei satisfeita com o facto de poder ter sempre o meu companheiro... poder estar sempre acompanhada foi muito importante mesmo* (ET45)

- (...) *o João foi ter comigo porque ele pode estar lá, e isso foi claramente muito bom (...)* *é o acompanhamento... nem que seja só a presença* (EP7);

- (...) *o meu marido esteve lá quase sempre* (EP15);

- (...) *ele esteve sempre lá, importante...* (EP11).

Nas situações em que a presença deles não era possível, observou-se que a figura familiar mais apreciada foi a mãe ou irmã:

- *Tive, a minha mãe. Foi bom, acho que ajuda bastante porque é sempre uma novidade* [no sentido de ser desconhecido] (EP12);

- *Tive pena de não ter comigo o meu companheiro* [ausente], *mas tive a minha irmã durante algum tempo* (ET73).

Uma das participantes que não teve a possibilidade de ter familiares a acompanhá-la, acabou por estabelecer contacto com uma outra senhora com quem partilhava o quarto:

- (...) *estive sozinha... custou-me!* (...) *entrei em conversa com a colega que estava ao lado, que estava com a mesma situação que eu, então fomos falando...* (EP16).

Os nossos hospitais públicos estabelecem que o horário de permanência para os acompanhantes das mulheres, nestas situações clínicas, se assemelhe ao estipulado no regime de visitas normal. Assim, de uma forma geral, os acompanhantes devem abandonar o local por volta das 19 ou 20 horas, conforme as instituições, independentemente das necessidades e do estado clínico da senhora, ou seja, pode ou não ter concluído o processo de abortamento:

- (...) *ficar sozinha depois, no parto... o meu namorado já não podia estar lá à noite, não deixam...* (EP16).

Mesmo quando isso aconteceu, e ultrapassadas essas horas de maior sofrimento físico, para elas, ficarem sós representou, talvez, o primeiro momento em que se confrontaram, verdadeiramente, com a realidade da perda e a incerteza do futuro. Um momento de vazio, mas simultaneamente de introspeção:

- (...) *tinha lá a minha mãe ou o meu marido...mas à noite quando fiquei sozinha... aí é que me senti só...esse espaço foi o mais difícil de passar...* (EP5);

- *TIVE* [pronuncia veementemente], *tive uma enfermeira amiga que me acompanhou e o meu marido sempre à minha beira, só na noite é que não (...)* [durante a noite] *foi mais quase o falar comigo própria, aproveitei aquele momento como quase [para] me consolar a mim mesma, eu queria conseguir naquele momento dizer a mim própria: - Olha! Pronto é assim, agora não vais desistir e vais continuar! - Não consegui, o meu subconsciente dizia sempre: - Não! Vai acabar aqui! Vai acabar aqui!* (EP18).

3.3.3 – Ultrapassar a Perda

Este tema traduz a forma como a mulher sentiu que ultrapassou este acontecimento da sua vida e que fatores contribuíram positiva e negativamente nesse percurso. O tema emerge das seguintes categorias: Rede de suporte; Estratégias facilitadoras/Coping; Comunicação; Partilhar experiência; Luto e Bem-estar; Retomar atividades; Integrar a perda e Perspetivas futuras.

Apesar da dor sentida e de todas as incertezas com que se possa revestir o futuro, surge, mais cedo ou mais tarde, para estas mulheres/casais uma hora em que se compenetraram de que as suas vidas têm de continuar. É um ponto de viragem em que o pensamento deixa de se focar tanto no passado e passa a atender mais ao futuro. Esse momento, tão pessoal, depende do impacto causado pela perda da gravidez, das características individuais, dos recursos e do apoio de que dispõem e, ainda, dos esforços que conseguem dirigir nesse sentido.

As pessoas dão-se conta desse acontecimento não porque tenham esquecido o evento por que passaram, mas porque, conseguindo integrá-lo nas suas vidas, voltam a recuperar autoestima, a sentirem-se capazes de retomar as suas atividades, a sentirem que a sua vida faz sentido, a manterem esperança no

futuro e, talvez, prontas para planearem uma nova gravidez, ou para assumirem que dela desistem.

Grande parte das pessoas que passam por processos como este será capaz de recuperar num breve período e funcionar, normalmente, no seu mundo. De acordo com Nagraj e Barclay (2009), estima-se que para 85% das pessoas enlutadas o ajustamento seja conseguido através do suporte da família e amigos, enquanto 10% necessitam de algum tipo de aconselhamento/acompanhamento sobre luto, e 5% das pessoas necessitam de ajuda psicológica especializada.

Rede de Suporte

Esta categoria emerge das seguintes subcategorias: Suporte Conjugal; Suporte Familiar; Suporte dos Amigos/Outros

Segundo Kavanaugh e colaboradoras (2004), define-se como rede de suporte o conjunto social que rodeia a pessoa e para o qual ela habitualmente se vira, ou apela à sua assistência, para lidar com as mudanças ou alterações da sua vida. No entanto, relações que normalmente são apoiantes podem não funcionar numa situação particular.

Esse suporte é uma avaliação subjetiva dos recursos e da assistência proporcionada por essa rede. Kavanaugh e colaboradoras (*ibidem*) designam-na como os indicadores primários de quão positivamente esse suporte foi percebido pela pessoa. Essas percepções podem incluir satisfação, sentirem-se cuidadas e respeitadas, envolvidas, sentindo conexão e pertença.

A relação entre os eventos stressantes, o suporte social e o bem-estar psicológico tem sido amplamente estudada nas últimas décadas. Nesse sentido, e porque as perdas reprodutivas são consideradas eventos stressantes na vida das pessoas, muitos estudos têm-se dedicado a investigar o papel do suporte familiar e social face ao distresse psicológico que acompanha estas perdas. Os resultados têm evidenciado que a percepção das mulheres quanto ao suporte social que recebem dos companheiros, familiares e amigos se relaciona com a adaptação emocional, no sentido em que quanto mais apoiadas menos stressadas se sentem. A este propósito, Clauss (2009), na sua tese, cita vários estudos (Cuisinier et al., 1993; Conway, 1995; Engler & Lasker, 2000; Hart, 2004; Lasker & Toedter, 1991; Rajan & Oakley, 1993; Zeanah et al., 1995).

Quando falamos em rede de suporte podemos incluir o suporte dado por profissionais e específico para determinada situação e que, segundo Hutti (2005), pode englobar intervenções como ensinar, encorajar, aconselhar, ajudar na resolução de problemas, ou *role modeling* e, ainda, o suporte familiar e o suporte social, proporcionado pelos amigos ou organizações sociais e particulares.

No nosso estudo, como importante para ultrapassar a perda da gravidez, é unicamente salientado pelas nossas participantes o suporte que receberam da família e de outros conviventes significativos.

Um bom suporte é uma das primeiras e mais importantes coisas de que as mulheres necessitam numa situação como esta, tornando-se fundamental para a recuperação (Kavanaugh et al., 2004; Séjourné et al., 2010a). Simultaneamente, esse suporte contribui para prevenir a necessidade e os custos de uma intervenção tardia, na medida em que potencia a percepção de bem-estar, ajuda na resolução do luto e, conseqüentemente, na recuperação das funções familiares, sociais e profissionais.

Apesar de alguns países como o Reino Unido, a Austrália ou os Estados Unidos terem já desenvolvidos e implementados variados programas de acompanhamento para casais enlutados por perda da gravidez, grande parte da investigação nessa área reporta-se a perdas tardias e, tal como referem Roose e Blanford (2011), pouca investigação tem avaliado os benefícios desses programas nas perdas com menos de catorze semanas de gestação. O trabalho destas investigadoras, face a perdas precoces, envolveu os profissionais, pais, avós e os filhos, revelando-se a intervenção um benefício para toda a família.

Preparar o envolvimento da família, ou de outros elementos significativos, apresenta-se como uma intervenção importante, sempre que possível ou desejável.

SUPORTE CONJUGAL

Regressar a casa depois de uma experiência tão marcante quanto uma desta natureza, implica estar preparada para encarar uma realidade diferente daquela que se estava a construir e para enfrentar uma série de rotinas como se a vida continuasse igual. Muitas mulheres precisam de tempo e de alguns cuidados adicionais para que possam mais facilmente fazer esta transição. Uma boa relação conjugal e uma boa rede de suporte familiar são considerados fatores decisivos para o restabelecimento físico e psicológico, como referem muitas participantes, embora algumas encontrassem nos companheiros a pessoa preferível para

partilharem a experiência da perda da gravidez, facto corroborado por Moulder (2002), na sua investigação:

- *O meu marido foi o meu grande apoio* (ET55; ET58; ET60; ET61; ET72);

Por se tratar do projeto de vida do casal, talvez sentissem que as outras pessoas não iriam entender da mesma forma o significado daquela perda:

- *Eu tinha a plena noção que com quem eu queria estar naquele momento era mesmo com o meu marido, naquele momento eu sentia que ninguém...*

(EP18);

- *O apoio do meu companheiro, sobretudo nos primeiros dias, foi fundamental* (ET54).

Para além dos maridos/companheiros, as pessoas referenciadas como mais significativas no apoio prestado, de acordo com as nossas participantes, são a mãe ou pais, o que também se verifica em outros estudos (Gerber-Epstein et al., 2009):

- *Conversei mais com o meu marido e com os meus pais* (ET66);

- *É assim, eu precisei de colo no início, muito! Dele [marido], da minha mãe...* (EP10).

Por vezes, estas mulheres nem precisam que lhes digam nada. Ouvi-las e dar-lhes atenção e carinho é da maior importância, revela sensibilidade e reconhecimento das suas necessidades, sendo fundamental para a recuperação física e psicológica:

- (...) *sentí que nesta fase ele ficou muito mais carinhoso, mais companheiro, mais atento... senti-me acarinhada com gestos, com atitudes, com atos* (EP8);

- *Esteve, bastante carinhoso e está sempre presente [marido]* (EP17);

- (...) *porque o meu marido é mais... eu sei que no fundo não é fácil, é sempre algo que a gente perdeu (...) nas primeiras semanas se ele me visse chorar não me dizia nada, mas eu sentia que ele me acariciava e me dizia que ia passar* (EP2).

Por vezes, este é o primeiro revés na vida do casal, com implicações na saúde e bem-estar, e ultrapassá-lo juntos evita que a mulher se sinta abandonada, revela consideração e respeito do companheiro pelo seu sofrimento, interesse e reconhecimento das suas necessidades e promove na mulher sentimentos de segurança e coesão relacional:

- (...) o meu marido esteve comigo nesses dias, também foi muito importante (...) o meu marido que gosta imenso de trabalhar (...) tem sempre muitas coisas para além do trabalho, de repente o mundo dele também parou, isso foi muito importante para mim e, esteve comigo, pronto, muito próximo... (EP1).

Esta experiência pode, igualmente, ser bastante perturbadora para os maridos/companheiros que se confrontam com uma situação repentina, envolvendo dor e sofrimento para as suas mulheres e reações emocionais inesperadas, sem saberem muito bem o que se espera deles e sem saberem como lidar com a situação.

As reações masculinas a estes eventos têm despertado o interesse dos investigadores, embora não se observem tantos estudos como no caso das mulheres (Lok & Neugebauer, 2007). Puddifoot e Johnson (1997), com base na investigação que conheciam, reconheceram que a tendência era considerar os homens, principalmente, como os promotores do suporte emocional das mulheres. No entanto, de acordo com Beutel (1995, *cit in* McCreight, 2004), o facto era que os homens eram mais relutantes em manifestar o seu sofrimento abertamente, podendo escondê-lo, para não sobrecarregarem as companheiras. Os vários estudos conduzidos nos anos seguintes por Puddifoot e Johnson (1997; 1999), sobre o impacto psicológico que a perda da gravidez causava nos homens vieram confirmar a “existência de um complexo conjunto de pensamentos, sentimentos e ainda uma considerável confusão sobre o comportamento considerado apropriado, na medida em que eles sentiam como necessário negar os seus próprios sentimentos de luto” (1997, p.837). Num deles (1999), os autores utilizaram a *Perinatal Grief Scale* para compararem o luto entre mulheres e homens (N=323) após um abortamento, e observaram que os scores do *luto ativo* eram superiores no grupo feminino, a *dificuldade no coping* era semelhante nos dois grupos, enquanto o *desânimo* era superior no grupo masculino. Estes resultados tiveram a sua justificação no facto de ser esperado que as mulheres evidenciem as suas reações e o seu sofrimento de uma forma mais ativa, mais forte, no momento imediato à perda, enquanto os homens têm poucas oportunidades para a expressão catártica das suas emoções, tornando-se esses efeitos retardados no tempo, traduzindo-se, assim, em sentimentos de desânimo mais prolongados do que nas mulheres.

Murphy (1998) efetuou um estudo sobre a experiência da perda precoce da gravidez na perspetiva masculina, cujos resultados indicam que na fase inicial pós

perda, os participantes manifestavam choque, incredulidade, preocupação, impotência, abandono, mas também esperança. Simultaneamente, observou como eles sentiam a necessidade de suprimir esses sentimentos de tristeza, raiva e perda, de modo a poderem apoiar as companheiras, enquanto expressavam a incerteza quanto à forma de gerir a situação.

O estudo de McCreight (2004) demonstrou que os homens relatam culpa e perda de identidade e que a pressão que sentem para se mostrarem fortes esconde sentimentos de luto e raiva.

Um outro estudo, de Krakovsky (2006, *cit in* Douglas & Fox, 2009) constatou nos futuros pais, quando mais próximos e envolvidos na gravidez, grandes sentimentos de perda.

McCoyd (2007), no seu trabalho, refere que o papel masculino, na maior parte das situações, não incorpora a ligação pré-natal, a verbalização de emoções e a tolerância para com expressões emotivas que envolvam o choro. Todavia, quando experienciadas, são reprimidas, de forma a parecerem fortes às companheiras. Por outro lado, as mulheres participantes nesse estudo referiram que isso constituía uma fonte de stresse, pois tendiam a interpretar essa falta de expressão emocional dos companheiros como indicadora de uma ausência de apego, a elas e à gravidez que partilhavam.

Estes factos corroboram aquilo que, em nosso entender, transparece do discurso das nossas participantes sobre os maridos. Eles podem sentir que naquele momento têm de aparentar calma, exercendo de algum modo o controlo da situação. Socialmente sentem que são vistos como o elo forte. O estoicismo que por vezes sentem que devem aparentar contribui para que reprimam os seus próprios sentimentos e emoções. Manterem-se presentes, pacientes e carinhosos são muitas vezes as formas encontradas para manifestarem a sua preocupação e apoio às companheiras e lhes inculquem sentimentos de segurança:

- O meu companheiro, embora com muita dificuldade em expressar as suas emoções, ouviu-me incondicionalmente... tirou férias para me acompanhar e saímos muitas vezes (ET63);

- (...) esteve sempre comigo [marido], nunca me deixou, esteve sempre comigo com aquela postura de - vai correr tudo bem, nós vamos passar isto – mas, nunca me disse não chores, não... isso ele tem muita paciência (EP5).

Na opinião de Moulder (2002), é mais frequente os homens sentirem-se desapontados com a perda da gravidez do que propriamente em luto. Os homens

não experienciam o sentimento de conexão com o bebê não nascido como as mulheres parecem desenvolver e, por isso, os sentimentos de tristeza podem ser menos intensos. A autora acrescenta que, embora os homens se sintam responsáveis pelas companheiras e pelos futuros bebês, porque constituem a sua família, a preocupação com elas torna-se precedente, sobretudo quando a ligação a esse bebê não nascido é menos forte. De acordo com Callister (2006), a expectativa de que o homem se mantenha calmo e apoiante entra muitas vezes em conflito com o seu próprio sentimento de perda.

Perante condições de vida mais adversas em que o suporte conjugal e familiar é menor, as participantes referiram maior dificuldade em viverem a situação e em se adaptarem:

- (...) *a primeira semana foi muito má, depois tive a companhia do meu namorado, o que ajudou* (ET1);

- *O que me ajuda é conversar à noite, pelo telefone, com o meu marido [está ausente]. Estive em Inglaterra a passar uma semana com ele, fez-me bem e vou voltar...* (ET39).

Estes casos poderiam beneficiar do acompanhamento mais próximo dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros especialistas, evitando-se o isolamento a que por vezes estas mulheres se resignam, se antes da alta hospitalar fossem avaliadas as necessidades em cuidados e assegurada a continuidade dos mesmos. Esta falta de articulação na disponibilização e prestação dos cuidados entre hospital e comunidade é, igualmente, apresentada em outros estudos como merecedora de grande melhoria (Rowlands & Lee, 2010).

Swanson, Karmali, Powell e Pulvermakher (2003), no estudo que efetuaram para avaliarem os efeitos que a perda de uma gravidez tinha nos casais ao longo do primeiro ano, verificaram que no que respeitava à sua relação interpessoal, avaliada no final da primeira (N=99) e da sexta semanas (N=95), respetivamente 59% e 34% dos pais participantes sentiam-se mais próximos, enquanto 5% (1ª semana) e 28% (6ª semana) sentiam que a sua ligação era igual à que tinham anteriormente, e para 36% (1ª semana) e 38% (6ª semana) a relação estava mais distante. As autoras citam um estudo de DeFrain e colaboradores (1996) em que a maioria das mulheres (64%) experienciava grande proximidade na sua relação interpessoal pós abortamento.

No nosso estudo, a maioria das participantes refere que não sentiu diferenças na ligação interpessoal, mas muitas salientam que a relação saiu

reforçada, facto referenciado por outros autores (Avelin, Radestad, Säflund, Wredling & Erlandsson, 2012; Callister, 2006; Woods & Esposito, 1987 *cit in* Brier, 1999):

- (...) *falava muito com o meu marido que sempre me ouviu... e gostei muito de o ouvir falar no plural: - este filho que perdemos, isto que nos aconteceu...* (ET48);
- (...) *conversámos e partilhámos esta experiência e esta dor, e acho que até nos uniu mais... foi bom estarmos sós um fim de semana... acho que ele também está a aprender a partilhar afetos...* (ET17);
- (...) *a relação com o meu marido fortaleceu porque... sei lá, ele viu-me tão fragilizada que eu senti que ele esteve mesmo ali...* (EP5);
- (...) *acho que nos juntou mais* (EP16);
- (...) *sinto que a minha relação saiu reforçada* (EP1);
- (...) *a nossa relação está mais reforçada ainda, muito mesmo... tenho um marido 5 estrelas* (EP3);
- (...) *acho que a relação se reforçou e sinto que posso contar ainda mais com ele* (ET60);
- (...) *cada vez mais, sinto que nos bons e maus momentos ele [marido] está comigo* (EP18).

Estes discursos estão de acordo com a argumentação de Bonanno e Kaltman (2001), quando dizem que uma experiência traumática como um abortamento pode ter um efeito positivo. As mulheres têm um bom suporte dos cônjuges e este evento proporciona-lhes uma maior aproximação no futuro.

Observámos que uma única participante referiu um certo distanciamento na sua relação interpessoal, após a sua segunda perda de gravidez, numa fase inicial, considerando a sua resposta no momento do nosso contacto:

- *Na primeira perda que tive, a relação com o meu marido saiu reforçada, desta vez acho o contrário... ele afastou-se um pouco e não queria falar do assunto... deixou de me tocar na barriga quando soube que o bebé não estava a crescer (...) Agora, com o meu marido, já sentimos que vamos entrar numa nova etapa* (ET52).

De acordo com Murphy (1998), sob o ponto de vista masculino, terem filhos é visto como uma dimensão importante de ser “normal” na sociedade, por isso o processo de se tornarem pais e construírem uma família é “roubado” pelo

abortamento. Quando se repete a experiência da perda, acentua-se o desapontamento, aumenta a incerteza quanto à capacidade de procriação, aumenta a preocupação quanto às possíveis causas, dificulta-se a aceitação. Por outro lado, deve reconhecer-se que as reações dos potenciais pais são únicas em termos de resposta à perda, tal como se verifica nas mulheres.

A comunicação entre o casal é fundamental e, na gestão deste evento, conversarem e exporem os seus sentimentos e emoções pode ser, seguramente, uma boa forma de se ajudarem um ao outro. O diálogo permite-lhes perceber qual o significado que aquela perda teve para cada um e, assim, melhor compreenderem as diferentes reações e necessidades que podem apresentar:

- (...) *falei muito abertamente com o meu marido* (ET38).

Muitas das nossas participantes referiram não ter tido dificuldade em manterem os canais de comunicação ativos e que esse facto ajudou na recuperação emocional. No entanto, algumas revelaram o desconforto que a falta de comunicação com os companheiros lhes provocou:

- *O meu marido entende-me, mas não consegue falar sobre o assunto... tem sido muito difícil, tenho chorado muito...* (ET32).

Porque a comunicação é criativa e envolve a resolução do problema, o diálogo favorece o processamento mental do evento e torna a experiência mais compreensível para quem a descreve. Pelo facto de se abordar uma experiência negativa por palavras, constrói-se uma explicação mais coerente da mesma e das emoções que a rodeiam (Surkan, Rådestad, Cnattingius, Steineck & Dickman, 2009).

Kamm e Vandenberg (2001, *cit in* Avelin et al., 2012), a propósito de um estudo que efetuaram, salientam que os casais acreditavam na importância que a comunicação apresentava para a relação conjugal, mas, ao mesmo tempo, indicavam que, por vezes, sentiam necessidade de fazerem o seu luto separadamente, cada um por si, dado que a sua experiência era diferente da do outro. Assim, esta ideia é concordante com o que Toller e Braithwaite (2009, *cit in* Avelin, Radestad, Säflund, Wredling & Erlandsson, 2012) argumentam sobre a necessidade que o casal tem de fazer o luto em conjunto e separadamente.

Se a conversa é unilateral, para a mulher torna-se difícil compreender o que o outro está a sentir, acentuando-se a ideia de que o problema reside nela e, por vezes, chega a pensar que se trata de insensibilidade nos companheiros:

- (...) eu achava que só eu estava a sentir o que se estava a passar...eu via-o mais ou menos normal... eu sentia necessidade de falar... ele ouvia, mas às vezes desviava a conversa... (EP15).

Num estudo longitudinal, Beutel e colaboradores (1996) observaram que seis meses após a perda de uma gravidez as mulheres mais deprimidas eram aquelas cujos parceiros estavam menos dispostos a conversarem sobre o evento. Num outro estudo, levado a cabo por Surkan e colaboradores (2009), embora as participantes tivessem tido perdas em idade gestacional superior a 28 semanas, os autores verificaram que a recusa “paterna” em falar sobre o evento se relacionava com o aumento do risco para o desenvolvimento de depressão nas mulheres, por um período de três anos. Contrariamente, a oportunidade de diálogo com os “pais” estava associada a uma diminuição de 50% do risco tardio de sintomas depressivos.

Os resultados do trabalho de Beutel e colaboradores (1996) também evidenciam que os homens sentem menos necessidade de falar sobre o acontecido e uma maior necessidade de que a vida continue em frente, facto corroborado por outros autores (Adolfsson et al., 2004; Avelin et al., 2012; Kavanaugh & Hershberger, 2005; Moore et al., 2011).

De uma forma geral, as pessoas desconhecem que homens e mulheres têm diferentes formas de perceberem e de reagirem a um fenómeno como este. Pouca ou nenhuma informação nesse sentido é dada ao casal quando deixa a instituição de saúde. A parcela das nossas participantes que teve a oportunidade de conversar com os companheiros, mesmo que só nos primeiros tempos, contentou-se com esse facto, entendeu isso como positivo, da mesma forma que entendeu que, a partir de um certo momento, o resto do processo seria com elas, tornando-se assim uma coisa pessoal, vivida isoladamente e que teria de ser resolvida por elas. Este sentimento de conformismo pode perceber-se em certos discursos:

- (...) conversei com o meu companheiro durante os primeiros tempos (ET56);

- Nos primeiros dias conversei com o meu marido... depois fui reservando para mim os pensamentos e emoções, acho que isso acaba por ser um ato isolado (ET58);

- O apoio do meu companheiro, sobretudo nos primeiros dias, foi fundamental (...) Agora, ele já acha melhor não falar tanto sobre a perda e eu evito (ET54);

- O meu companheiro numa fase inicial ouviu-me e apoiou-me, embora depois já achasse que eu estava sempre a falar no mesmo (ET62);

- (...) às vezes fico triste por ele [marido] achar que eu já não devia pensar nisso (...) ele pensa... se eu vier falar nisso, diz assim: assim nunca mais esqueces! Esquece um bocadinho, anda lá! Mas eu, muitas vezes, não queria esquecer, queria falar... (...) e diz ele [marido] – então, e agora? Tens é de esquecer (EP2).

Revisitar a perda, as referências frequentes ao objeto perdido, as memórias frequentes e dolorosas, a labilidade emocional e a introspeção são manifestações comuns no processo de luto e típicas, ainda, numa fase de alguma desorganização, como se verifica entre estas participantes.

Sob a perspectiva do luto, e dado que esse processo não é linear, poderemos dizer que estas mulheres transitam entre uma desorganização e uma reorganização, enquanto os maridos/companheiros, muito possivelmente, já se encontrarão numa fase de reorganização. Os homens voltam mais rapidamente ao trabalho e à “normalidade” da vida diária, tendendo a ser menos expressivos nos seus sentimentos e declinando a participação em grupos de apoio, enquanto as mulheres são mais expressivas, choram, têm mais necessidade de falar sobre os seus sentimentos e apresentam-se mais propensas à participação em grupos de apoio (Capitulo, 2005).

De acordo com Martin e Doka (2000), que assumem que a experiência do luto é diferente entre homens e mulheres, podemos dizer que os homens são mais instrumentais na forma de lidar com a experiência, tendendo a moderar o afeto perante a perda, descrevendo-a mais em termos físicos e cognitivos. Nesta forma de luto instrumental, os indivíduos, num processo igualmente cognitivo, tendem a responder comportamentalmente à perda, imergindo-se em atividades. A cognição e a atividade apresentam-se como duas estratégias adaptativas frequentemente utilizadas como *coping* instrumental face a uma perda. As mulheres parece que se apresentam mais intuitivas na sua forma de *coping*, experienciando o seu luto em ondas de afeto, necessitando de exprimir os seus sentimentos e emoções e procurando o apoio dos outros.

Embora muitos investigadores apoiem essa visão intelectualizada do processo de luto nos homens, os resultados do estudo de McCreight (2004) evidenciam que, contrariamente, os homens lidam com a perda a um nível emocional. Mais do que racionalizar ou intelectualizar a sua experiência, os participantes no estudo evidenciaram que não só faziam o seu luto como refletiam sobre ele. O principal tema que emergiu no estudo foi “emoção”, demonstrando uma atenção primária nos sentimentos. O tratamento conferido ao homem, em

termos de um menor reconhecimento institucional e social dos seus direitos e expressão de emoções, acaba por colocar-lhes problemas de identidade. Se, por vezes, a identidade da mulher como “mãe” pode ser ambígua, o estatuto do homem como “pai” ainda é mais, dado que a visibilidade do homem é minimizada. A autora argumenta que as poucas situações que se oferecem aos homens para que possam falar sobre os seus sentimentos e a dificuldade que eles têm para relatar estes eventos aos familiares e amigos contribuem para a marginalização do seu papel na perda da gravidez.

Um outro ponto de vista interessante é apresentado por Bonnette e Broom (2011) ao colocarem alguma reserva quanto à possibilidade de os instrumentos utilizados para medirem o sofrimento e o luto dos homens serem, ou não, sensíveis às formas masculinas de expressão de emoções. Argumentam que, apesar de essa “medição” sugerir uma forma objetiva de análise, de facto, as diferenças podem resultar da sua própria interação com os itens e as escalas e, dessa forma, as respostas e os *scores* serem influenciados pelos constrangimentos culturais e expectativas sobre a expressão das emoções.

Em síntese, apesar das diferentes formas de *coping* face à perda, ambos precisam de informação adequada que lhes permita compreenderem-se e ajudarem-se, no sentido de se consciencializarem e para que se empenhem no processo. Saberem que ambos vão fazer o luto de forma diferente talvez os ajude a aceitarem o facto e a manifestarem um maior grau de tolerância pelo estilo do outro, contribuindo para manterem a proximidade entre eles (Avelin et al., 2012) e o bem-estar.

Pode constituir uma ajuda lembrarem-se que a gravidez resultou do amor existente naquela relação e que, por isso, devem permitir que aquele infortúnio os una, em vez de os separar.

Swanson, Chen, Graham, Wojnar e Petras (2009) realizaram um estudo sobre a depressão e o luto em casais durante um ano pós abortamento e concluíram que “os casais desejam a validação do significado e da importância da sua experiência, orientação sobre as estratégias para lidarem com a perda e informação sobre as formas de se cuidarem um ao outro” (p. 1255). Por outro lado, a investigação sobre como cuidar a mulher que experiencia uma perda de gravidez tem salientado a importância do papel dos enfermeiros (Chan, Lou & Arthur, 2008). Assim, estes dois aspetos associados constituem cada vez mais um desafio a desenvolver na prática clínica dos enfermeiros. De acordo com a teoria de Swanson (Swanson, 1999a; Swanson et al., 2009), configuram-se num dos cinco *caring*

factors: Possibilitar/Capacitar – facilitando ao outro a passagem por um evento, ou transição, fornecendo informação, suporte, auxiliando na resolução e validando.

A investigação tem apontado para as vantagens que resultam para a mulher face a companheiros que dialogam sobre a experiência, mas temos poucos dados sobre o quanto isso possa ser benéfico para eles. Quando as diferenças na forma de *coping* entre o casal são inconciliatórias, podendo causar mais dor e sofrimento, a mulher pode sentir mais conforto através do apoio proporcionado por outra pessoa das suas relações, ou um profissional, ou mesmo, recorrendo a um grupo de apoio presencial ou *online* (Capítulo, 2005).

SUPORTE FAMILIAR

A família é um conjunto de pessoas ligadas por laços afetivos, com objetivos comuns e um funcionamento específico.

Apesar de as famílias serem cada vez mais reduzidas e estarem cada vez mais afastadas pelas contingências de carácter profissional, socialmente somos ainda considerados como possuindo forte vínculo familiar e relacional. Torna-se, por isso, comum que face a uma adversidade na vida as pessoas se aproximem e apreciem o apoio dos familiares, pelo menos dos mais próximos.

Em muitas famílias, o conhecimento de uma nova gravidez em algum dos seus membros, sobretudo numa fase inicial, está muitas vezes restrito aos ascendentes e irmãos, para além do outro elemento do casal. Por isso, na eventualidade de um insucesso acontecer, são também essas as pessoas que no momento do impacto, ou imediatamente a seguir, são tidas como as maiores fontes de apoio e suporte. Mesmo nos casos em que o conhecimento da gravidez se confina à família nuclear, numa situação de perda a notícia estende-se aos familiares significativos e, conseqüentemente, o apoio e conforto são bem-vindos.

De acordo com o Joanna Briggs Institute (2006), a família e os amigos são considerados uma fonte de natural e social suporte numa primeira linha de intervenção. Este facto é salientado por estas participantes:

- (...) *porque a família... eu acho que em primeiro lugar é o que a pessoa procura ... o apoio da família foi fundamental para mim* (EP3);

- *Tive o apoio que necessitei na família (...) prefiro viver esta situação na intimidade familiar (...) no início precisei que me dessem colo, que compreendessem, que partilhassem a minha dor [emociona-se e chora]* (EP10);

- *Tive o apoio que necessitei, mas a família foi essencial (ET7);*
- *Apoio da família essencial e suficiente (ET17);*
- *Pais, sogros, marido, o apoio deles foi essencial (ET28);*
- *(...) em casa senti-me apoiada pela família (ET53) (ET68).*

No nosso estudo, tal como em outros (Abboud & Liamputtong, 2005; Van & Meleis, 2003), salienta-se que uma boa relação familiar funciona como um impulso fundamental para a manutenção ou recuperação da estrutura emocional destas mulheres. Na perspetiva de Logsdon (2003, *cit in* Hutti, 2005), o apoio providenciado deve ir ao encontro das necessidades do recetor e, preferencialmente, deve provir de alguém com o qual ele possua uma relação de confiança e intimidade. Nesse sentido, a família, em primeira instância, pode reunir essas condições.

É igualmente importante que a família sinta que pode ser útil e que pode contribuir para o restabelecimento da sua familiar:

- *(...) acabei por ter o apoio familiar, o meu pai depois ia lá todos os dias levar-me o pão, de facto era uma coisa deliciosa, é muito simpático, achei uma coisa amorosa da parte dele, e depois a minha mãe... isto foi... o apoio afetivo... claramente o mimo! Senti mesmo aquele mimo que sabe bem, muito bem mesmo... (EP7).*

Os familiares, por vezes, não sabem de que forma podem ajudar sem incomodar, e isso pode inibi-los numa aproximação. Os enfermeiros podem alertar os casais para esse facto, lembrando que eles próprios podem solicitar ou orientar para a ajuda necessária.

Viver proximamente com a realidade da perda permite à família compreender melhor a dor e o sofrimento que lhe advém.

Para quem tem essa possibilidade, passar alguns dias em casa dos pais permite mudar de ambiente, ter companhia e carinho, assim como alívio de tarefas domésticas, o que lhe facilita o repouso e distração, para além da possibilidade de ter com quem conversar sobre o que entender, e de ser compreendida, incondicionalmente. Daqui resultará uma estratégia muito compensadora em termos de recuperação e permitindo algum espaço para que a mulher encontre em si própria a energia necessária para autonomamente desenvolver e finalizar a sua adaptação a uma nova condição de vida:

- (...) *depois fui passar uma semana a casa dos meus pais (...) fui com eles, porque apetecia-me o mimo deles, aquele aconchego...* (EP5);

- (...) *fiquei a primeira semana com os meus pais* (EP11);

- (...) *o meu marido teve que trabalhar (...) fez questão que eu estivesse com os meus pais. Até acabei por estar aquela semana... no mimo... tinha sempre o apoio, não estava sozinha, por isso na segunda semana em que me deparei sozinha, aí foi complicado* (EP11).

Quando as mulheres optam por gozar a licença a que têm direito (Decreto-Lei nº 194/96, de 16 de Outubro) por interrupção da gravidez, embora algumas possam usufruir da companhia dos maridos nos primeiros dias, a verdade é que a maioria acaba por ficar sozinha, dado que os companheiros depressa retomam as suas rotinas profissionais. Elas sentem que o isolamento lhes é prejudicial, tornando difícil pensar em outra coisa que não a experiência vivida e, naturalmente, procuram ou aceitam a companhia e o apoio dos familiares mais significativos.

Tal como outros investigadores (Kavanaugh et al., 2004; Moulder, 2002), também encontrámos mulheres que expressam não quererem estar sós. Podem até não querer falar, mas sentirem que têm alguém próximo é reconfortante:

- (...) *eu não queria ficar sozinha* (EP8);

- (...) *a minha mãe, sim! ... Telefonei-lhe logo a seguir, aliás ela deu-me um grande apoio* (EP4).

Em outras situações, verifica-se que é a mãe que as vem apoiar no domicílio. Para além do marido/companheiro, a figura materna é primordial. A perspetiva e o planeamento do nascimento de uma criança tornam-se um grande evento na relação mãe/filha. É um período de mudança e, por vezes, uma fase de aproximação entre ambas. Se durante a gravidez a relação mãe/filha se intensifica, neste momento de vulnerabilidade a mãe recupera o seu papel de cuidadora por excelência, enquanto a filha recupera o de protegida:

- (...) *a minha mãe foi muito... ligava-me diariamente, foi lá a casa algumas vezes (...) sim, sim, mesmo que fosse pelo telefone, era como se estivesse à minha beira, não é fácil, é sempre algo que a gente perdeu... a minha mãe... foi uma ajuda, foi uma ajuda grande... pronto...* (EP2);

- (...) *nos primeiros tempos fiquei mais com a minha mãe, conversávamos, ela estava sempre a ocupar-me* (EP17);
- *Quando fiquei em casa, fiquei mais com a minha mãe* (ET52);
- (...) *a minha mãe também arranjava sempre pretextos para não ir trabalhar porque vinha para a minha beira* (EP17);
- (...) *a minha mãe foi muito... mesmo que fosse pelo telefone, era como se estivesse à minha beira* (EP2);
- (...) *quando me sinto mais em baixo, basta ir jantar a casa da minha mãe* (EP3);
- (...) *a minha mãe, o meu marido, são aquelas pessoas a quem não consigo esconder e, então, falava muito com eles, e a minha mãe sempre me dizia – isso é uma coisa que vai passar* (EP6);
- (...) *a minha mãe e a minha irmã estavam permanentemente lá* (EP10).

Algumas senhoras reconhecem ter tido algum apoio, no entanto, dão a entender que não foi o que desejavam, ou o que necessitavam, tentando encontrar justificações:

- *Apoiada ao nível de afeto, senti-me apoiada, mas também percebo que ele não tem tempo porque, coitado, a vida dele também está a ser uma coisa... ele está com montes de problemas com os empregados, ele anda numa freima mesmo; ele chegou à minha beira e... – então estás bem? - Dá-me um beijo e, ligava-me, mas era sempre a correr, a nossa vida está a ser este stresse, sempre a correr, sempre a correr...* (EP13);
- *Só tive o apoio do meu marido e de uma amiga... as pessoas atualmente vivem muito para si próprias... estavam muito ocupadas com as suas vidas (...) se houvesse um serviço de apoio telefónico talvez o tivesse usado nas primeiras 2 semanas* (ET42).

Algumas participantes integraram os filhos no grupo de pessoas significativas. As reações das crianças são influenciadas pela sua capacidade em conceptualizarem a morte, pela idade, pelas respostas dos pais face à perda e pelas experiências culturais e sociais que tiveram em lidar com as perdas ou a morte. As crianças apercebem-se das mudanças nas rotinas familiares e dos sentimentos e emoções expressos pelos pais (Moulder, 2002). Adotam muitas

vezes atitudes protetoras da mãe e manifestam o seu carinho e conforto de forma espontânea, tornando-se elementos muito importantes no apoio prestado:

- *O apoio do meu marido e filho foram fundamentais (ET43).*

Estas circunstâncias de interdependência e ajuda familiar podem constituir momentos de oportunidade para que se reavivem vínculos, se reforcem laços afetivos e se aumente a coesão familiar:

- (...) *acho que o facto de ter uma família grande foi benéfico (ET22);*

- (...) *como tenho uma família muito numerosa tive grande apoio (ET40).*

Apesar de, na generalidade dos casos, o apoio familiar oferecido ser bem recebido, depende da forma que ele adota. Entende-se, geralmente, que estas pessoas precisam e querem falar sobre a perda, no entanto, para outras isso pode não constituir uma prioridade no momento imediato ao abortamento, podem não querer falar no assunto num momento em que é grande, ainda, a vulnerabilidade, como esta participante:

- *Gosto de mimo, de toque, mas não gosto de demonstrar as minhas emoções, quando estou em baixo prefiro que me deixem sozinha (ET50).*

Evans (2012), citando Schott e colaboradores (2007), alerta exatamente para o facto de existirem “pais” que podem não querer partilhar os seus sentimentos e alerta também que os enfermeiros devem estar despertos para isso. Na opinião de Corbett-Owen e Kruger (2001), a necessidade de segurança e controlo das mulheres e suas famílias é por vezes superior à necessidade, ou obrigação, de partilharem a sua experiência com os outros, mesmo com os enfermeiros.

Deve-se, no entanto, distinguir esta situação de uma outra que poderá ter a ver com a dificuldade, ou incapacidade, em expressar emoções ou sentimentos. Essa, de acordo com Rando (1993, *cit in* Herkes, 2002), pode complicar o processo de adaptação à perda.

SUPORTE DOS AMIGOS/OUTROS

O suporte proveniente dos amigos ou de outras pessoas conhecidas, como os vizinhos ou os colegas de trabalho, pode funcionar como uma alternativa ou

complemento ao apoio familiar e foi, frequentemente, percebido pelas participantes no nosso estudo:

- *Tenho tido grande apoio de pessoas amigas (ET52);*
- *(...) colegas e amigas, significativas, e com quem sentia que podia conversar (ET48).*

Perante a inexistência de rituais fúnebres, quando, apesar disso, existe um apoio social, isso representa para a mulher/casal a legitimação da perda e do sofrimento. É o reconhecimento de que algo importante lhes aconteceu. A este propósito, Moulder (2002) salienta que, embora de uma forma geral as pessoas possam não se importar muito com aquilo que os outros possam pensar sobre uma coisa tão pessoal, a verdade é que a ausência de compreensão, sobretudo daqueles mais próximos de si, pode tornar o abortamento numa experiência alienadora, aumentando a sensação de isolamento sentida.

Estas nossas participantes evidenciaram o seu contentamento pelo apoio que receberam e que nem era esperado:

- *Senti-me apoiada por pessoas que nem esperava, com palavras carinhosas (ET69);*
- *Senti apoio de pessoas que nem esperava e que não via há meses (ET17).*

A literatura tem evidenciado um maior reconhecimento social pelo sofrimento que resulta das perdas de gravidez mais tardias (Easterwood, 2004; Lamb, 2002; Frost, 2007; Séjourné, et al., 2010a; Plagge & Antick, 2009; Van & Meleis, 2003). De acordo com essa ideia, esta senhora não estava à espera do reconhecimento e apoio recebidos e justifica-os pelo facto de a sua perda ser numa fase mais avançada da gravidez:

- *Senti-me muito apoiada pelas pessoas, acho que por já ter esta idade gestacional é pior [21semanas], mas compreenderam mais (ET74).*

Para os amigos, nem sempre é fácil expressarem a sua solidariedade e o seu apoio numa situação destas. Muitas vezes se confrontam com a dúvida quer sobre a oportunidade do momento, quer pela possível repetição da sua abordagem. Têm receio de que, falando sobre ele, estejam a impedir a pessoa de esquecer. A dificuldade em encontrar as palavras certas é enorme e esta nossa participante sentiu isso mesmo:

- (...) *notava que muitos amigos telefonavam, mas não sabiam o que dizer...* (ET66).

Tal como descrito por outros autores (Kavanaugh & Hershberger, 2005), os contextos familiares em que as perdas da gravidez acontecem são variados e, por vezes, as mulheres referem sentimentos de abandono por não terem o apoio familiar:

- (...) *uma amiga, não tive apoio familiar nem do pai do bebé* (ET7).

Como quaisquer outras pessoas, os amigos podem ser muito, ou pouco, úteis no apoio prestado. Também em outros estudos (Gerber-Epstein et al., 2009; Kavanaugh et al., 2004; Kohn & Moffitt, 2000; Rowlands & Lee, 2010) as participantes relatam que o suporte social dura pouco tempo e que sentem que, para os outros, a vida delas recuperou o ritmo normal, como se tudo estivesse já ultrapassado, ou como se nem tivesse ocorrido:

- (...) *senti até muito positivo... até dar força, mas depois, entretanto morreu por aí, sei lá naquela semana...* (EP1).

De acordo com Rowlands e Lee (2010), a investigação qualitativa tem permitido enriquecer com mais detalhes as experiências vividas por estas mulheres e, frequentemente têm descrito como “ambiente silencioso” aquele em que se desenrola este evento, dado o inadequado suporte social e familiar; mulheres sentindo que ele é insuficiente e que as pessoas significativas não lhes reconhecem o sofrimento e os seus sentimentos, tornando-se assim difícil, ou mesmo impossível, discuti-los abertamente. Em outras situações, as mulheres apresentam uma enorme necessidade de falar sobre o que aconteceu e, conseqüentemente sentem que podem estar a exigir demasiado daqueles que a rodeiam, optando por fazê-lo com alguém fora da rede de apoio esperada. De acordo com Moulder (2002), nem sempre aqueles que estão mais próximos da mulher são os melhores para a ajudarem. Muitas têm de encontrar em outras pessoas esse recurso:

- (...) *acabei por encontrar numa colega de trabalho a abertura para falar... era uma pessoa com experiência de vida... que passou por momentos complicados... falar com as pessoas mais próximas era estar outra vez a aborrecê-las...* (EP15).

O facto de a pessoa que apoia ter, ela própria, experiência em lidar com eventos críticos é salientado por esta participante. O reconhecimento da dor e do

sofrimento é mais fácil, resultando numa maior compreensão das necessidades e numa partilha de estratégias de *coping*.

É o que acontece quando a experiência é partilhada entre mulheres que viveram a perda de uma gravidez. Evidentemente que nem todas as mulheres que abortam serão sensíveis às necessidades das outras, mas, de uma forma geral, parece haver qualquer coisa que as torna importantes no apoio que prestam:

- *Tive duas amigas e colegas que tinham passado pelo mesmo e foram uma ajuda importante* (ET37);

- (...) *isto aconteceu a outras três colegas quase ao mesmo tempo, ajudámo-nos umas às outras* (ET64).

Esta partilha de experiências parece proporcionar uma oportunidade de se exporem abertamente, sem serem alvo de juízos, ou de qualquer tipo de pressão para um determinado comportamento. Por outro lado, mostra a cada uma que não está só e que este evento acontece também a variadíssimas pessoas. Isso ajuda a que não se culpabilizem tanto e a que se consciencializem de que é um acontecimento que não se controla.

Segundo Adolffson (2006), mulheres que viveram, ou vivem no momento uma perda compreendem melhor os sentimentos das outras, tal como os seus. A conversa sobre o abortamento permite-lhes encontrar os aspetos similares que a experiência apresenta para todas elas. Cria-se uma dinâmica idêntica à de um grupo de ajuda.

Estratégias Adaptativas

Esta categoria emerge das seguintes subcategorias: Evitamento;
Distração

As estratégias consideradas de *coping*, refletem ações, comportamentos ou pensamentos usados para lidar com um stressor (Antoniazzi et al., 1998), como seja a perda da gravidez. De acordo com Van e Meleis (2003), o *coping* tem sido definido como um conjunto de comportamentos conscientes, diretamente orientados para a gestão dos eventos stressantes da vida.

Num estudo efetuado por McGreal e colaboradores (1997), que comparava as estratégias utilizadas por homens e mulheres face a uma perda de gravidez, os autores observaram nas mulheres uma maior diversidade na utilização das

estratégias de *coping*. Aquelas mais frequentemente referidas incluíram o trabalho intenso, a resolução do problema, o uso das relações amigáveis, o pensamento positivo e a focalização em aspetos positivos e ainda no desenvolvimento de um sentimento de pertença. As respostas femininas indicavam uma grande frequência no uso do suporte social como uma estratégia de *coping*. De acordo com os autores, a imagem estereotipada que emerge do estudo é a de que a mulher que passa por um abortamento, nesse momento culpabiliza-se, depois tenta ignorar o problema, procura suporte social, vira-se para os familiares e amigos, trabalha intensamente para se distrair, preocupa-se e tenta focar-se nos resultados positivos que o futuro lhe pode trazer. Salientam, ainda, que as mulheres que abortam dispõem um grande esforço para desviarem o seu pensamento daquilo que aconteceu.

De acordo com Martin e Doka (2000), o luto, no seu sentido lato, pode ser percebido como uma emoção, numa tentativa para fazer os ajustamentos internos e externos à indesejável mudança que a perda trouxe ao mundo pessoal. O luto precipita reações adaptativas ao nível dos vários sistemas – afetivo, físico, espiritual e cognitivo –, originando assim aquilo que os autores denominam de tendências individuais de resposta, ou seja, as predisposições que, operando subconscientemente, permitem uma reação rápida e eficiente às mudanças do meio, agressões e oportunidades. Essas predisposições são formadas por forças designadas de influências culturais e estilos de personalidade.

As tendências individuais de resposta no luto oscilam entre uma resposta emocional ou intuitiva e uma resposta cognitiva, comportamental, isto é, uma resposta instrumental. De uma forma geral, os indivíduos não manifestam, exclusivamente, uma destas respostas, antes revelam, sim, uma variedade de estratégias que se podem enquadrar nos dois tipos de resposta, eventualmente com o predomínio de um deles.

No nosso estudo, quando questionadas as participantes sobre as estratégias que utilizaram, no sentido de ultrapassarem a perda de forma mais eficaz, as respostas orientaram-se em dois grupos de estratégias: de evitamento e de adaptação, embora com predomínio das adaptativas, que envolveram atividades multivariadas.

EVITAMENTO

Embora a literatura aponte para o facto de o isolamento ser frequente e prejudicial nestas situações de luto, a realidade é que nem sempre este evitamento pode ser considerado como uma fuga à realidade, sobretudo se utilizado como estratégia cognitiva para se proteger a si própria.

Algumas participantes elegeram como estratégia manterem algum afastamento em relação aos outros. Embora considerada também como adaptativa, ela foi referida de uma forma muito explícita, pelo que optámos por destacá-la:

- (...) *fechei-me e preferi não falar com ninguém* (ET50);

- (...) *refugiei-me, e não queria ver nem falar com ninguém... evitava qualquer contacto social* (ET72).

Este afastamento, embora possa também trazer algum afastamento das fontes de suporte, pode, por outro lado, propiciar a estas mulheres espaço para, efectivamente, fazerem o seu luto (Martim & Doka, 2000). A energia dispendida no luto, gerada pela tensão entre o desejo de reter o passado e a realidade do presente, é manifestada a vários níveis e expressa por comportamentos diversos. A expressão de emoções, como o choro, pode ser mais fácil em privado. Por vezes, é necessário que a pessoa se organize primeiro, sob o ponto de vista emocional, para depois se poder confrontar com os outros, exercendo um maior controlo da situação.

DISTRAÇÃO

O termo “estratégias adaptativas” deriva do trabalho de Silverman (1986, *cit in* Martin & Doka, 2000) e é similar ao termo “coping”, utilizado por outros autores (Lazarus & Folkman, 1984). As estratégias adaptativas são a resposta aprendida que a pessoa utiliza para gerir os eventos desequilibrantes. Segundo Stroebe, Hansson, Stroebe e Schut (2007), as estratégias adaptativas são aquelas que levam a uma redução das consequências psicológicas e físicas, negativas, no indivíduo em luto, ou à diminuição desse mesmo luto.

Ao longo da crise, os indivíduos podem aprender e empregar novas estratégias. Esta particularidade é notória, por exemplo, em programas de apoio, proporcionando aos participantes a oportunidade para novas aprendizagens. Este facto reforça a ideia de que as estratégias adaptativas são dinâmicas.

Outro aspeto a considerar nesta definição é o facto de que estas estratégias são utilizadas em desequilibrantes ou transicionais eventos que alteram a capacidade de gestão do indivíduo (Martin & Doka, 2000) e possibilitam que a pessoa lide com a transição e se adapte à nova realidade resultante da perda. No sentido em que elas resultam de tentativas de gerir o evento, podem ser mais ou menos eficazes para uma determinada situação.

Observámos que, de uma forma mais intuitiva, ou mais cognitiva, a maioria das participantes encontrou as suas estratégias para se adaptar à situação. No entanto, duas senhoras referem que as suas vidas retomaram o curso normal sem terem efetuado qualquer adaptação à realidade pós perda:

- Não fiz nada de especial para viver com esta situação (ET60).

Como referimos anteriormente, a forma como se ultrapassa um abortamento depende muito da relação com a própria gravidez e do investimento nela feito. É importante reconhecermos que esta experiência não é igual para todas as intervenientes. Corbett-Owen e Kruger (2001) referem uma lacuna na literatura sobre a razão por que algumas mulheres não parecem negativamente afetadas. De acordo com Evans (2012), isso pode ser atribuído às expectativas sociais de que a gravidez é uma experiência feliz o que, conseqüentemente, transforma o abortamento num evento visto negativamente.

Se pensarmos que os contextos de vida são diferentes e que, por vezes, se alteram rapidamente, entenderemos melhor que, para algumas, uma perda da gravidez nem sempre seja um evento gerador de sofrimento ou luto. Pode, por vezes, ser uma forma oportuna de resolver uma situação problemática ou menos desejada, não havendo, portanto, a necessidade de encontrarem estratégias adaptativas se não existe um sentimento de perda e um luto. No entanto, no caso da participante seguinte, apesar de tentar que a vida continue de uma forma normal, apresenta um pensamento recorrente sobre a perda:

- Acho difícil não pensar no assunto e tenho tentado levar a vida normal sem fazer nada de diferente (ET55).

Mesmo em situação de luto, na opinião de Nagraj e Barclay (2009), muitas pessoas passam por esse processo e são capazes de funcionar, normalmente, nesse seu mundo. O facto de frequentemente pensarem no que aconteceu, não significa que isso as afete no seu modo de viver a vida, ou no seu bem-estar. De

acordo com Stroebe e colaboradores (2007) “podemos providenciar suporte às pessoas na medida em que *querem*, mais do que *precisam*”. (p.762)

Um outro aspeto considerado importante, e que sobressai em muitos estudos (Abboud & Liamputtong, 2005; Clauss, 2009; Kralik, Visentin & van Loon, 2006; McLean & Flynn, 2012; Moulder, 2002; Wong et al., 2003), relaciona-se com a importância dada ao conhecimento sobre o evento, bem como as suas causas e consequências, o que permite às pessoas um maior controlo sobre a sua situação, facilitando-lhes muito a adaptação. Esse argumento é bem explícito no discurso desta senhora:

- (...) *eu acho cada vez mais, quando uma pessoa tem mais formação dentro da área e sabe como as coisas funcionam, eu acho que é “8 ou 80”, ou realmente percebe que as coisas... e lida bem a situação, ou então, acaba por (...) estando na área da saúde uma pessoa sabe, e sabe muito bem, tudo, como é que funciona, e isso, pensando que não, isso ajuda bastante a compreender tudo (...) por isso está preparada [para o que se segue] (EP11).*

As perdas e os lutos afetam o sistema espiritual das pessoas de uma forma que as leva a procurarem, e a colocarem muitas vezes em causa, o sentido e o propósito das suas vidas. Este sistema transcendental pode basear-se na religião professada ou numa corrente filosófica. No caso desta participante, a religião constituiu uma forma de suporte, facilitadora da aceitação e, conseqüentemente, do processo de luto:

- *Refugio-me e apoio-me em Deus (ET9).*

A expressão do luto tem como referencial a cultura (Callister, 2006) e as crenças do indivíduo (Capitulo, 2005). A vida e a morte são consideradas e compreendidas como desígnios de Deus. A crença religiosa pode propiciar um significado mais positivo à experiência, no sentido em que a pessoa pode aprender mais sobre si própria e sobre o sofrimento, de si e dos outros (Frost et al, 2007) e a aceitá-lo de uma forma mais abnegada.

De acordo com Bacidore e colaboradores (2009), as mulheres que têm uma proximidade com a religião e a prática religiosa têm evidenciado processos de luto menos prolongados.

Várias participantes evidenciaram um esforço cognitivo no sentido de ultrapassarem esta etapa das suas vidas:

- (...) *faço um esforço para sair mais (ET14);*

- *Obriguei-me a ocupar a mente com coisas... sair, ir ver coisas novas... nunca estar sozinha, foi o que fiz (ET45);*

- (...) *faço um esforço para me ocupar, trabalhando, e superar a situação (ET6);*

- (...) *eu gosto de pintar e, então, todos os bocadinhos que eu tinha... mesmo que não tivesse vontade, eu fazia um esforço (EP8).*

De acordo com Stroebe e Schut (2007) “a reavaliação positiva ajuda o esforço do *coping*” (p.395) e a estratégia usada por esta senhora é reavaliar positivamente a vida:

- *Tento pensar positivo (ET71).*

O estudo de Ockhuijsen e colaboradores (2013) salienta que as estratégias mais utilizadas pelas participantes eram focadas nas emoções em que se destacavam o evitamento, o suporte social, a reavaliação positiva e a distração. As estratégias de *coping* têm sido vinculadas a fatores situacionais e o *coping* focado na emoção é visto como o esforço para regular o estado emocional que se associa ao stresse, ou é resultado de um evento stressante como este da perda da gravidez.

Na nossa investigação, também observámos que algumas mulheres, talvez de uma forma mais ou menos intuitiva, optaram por estratégias de distração ou ocupação física e mental, como referem:

- (...) *tento agarrar-me ao que tenho, coisas que me dão prazer... ler, computador... (EP3);*

- *Sair de casa, apanhar sol, ocupar a mente com outras coisas, ir tomar café, ver montras... obrigava-me a estar ocupada a mexer-me (EP5);*

- *Fiquei em casa um mês e aproveitei para tratar de papéis, fazer consultas de vigilância, exames de rotina e organizei-me... as colegas organizaram encontros e lanches e matei saudades de muitas pessoas... (ET17);*

- *Ocupei-me com coisas que me davam prazer... tentei pensar no que de positivo já possuía... ocupei-me com o meu filho, com o marido, a descansar e a ler (ET43);*

- (...) *ocupei-me muito com trabalhos manuais, é o meu hobby... saí muito mais, com o meu marido... com a minha mãe... e fui trabalhar para me obrigar a pensar em outras coisas, foi bom (ET35);*

- (...) *saídas com o marido ao shopping, ao cinema, almoços e jantares fora... tinha que me distrair completamente, querer sair de casa para não estar a pensar* (EP18);

- (...) *saí muito mais, preferia ver gente* (ET52);

- *Evitei enfiar-me em casa, saí mais e ocupou-me. Acho que isso me manteve mais distraída* (ET69).

Num estudo de Neugebauer e colaboradores (1992), os autores observaram que, para as participantes, a presença de filhos vivos constituiu um recurso indireto de apoio psicológico, na medida em que isso representava a evidência de um sucesso reprodutivo, embora passado. Também Day e Hooks, num estudo anterior (1987), argumentavam que os filhos existentes poderiam constituir um tipo de recurso pessoal, não porque eles propiciassem apoio direto, mas porque a sua existência constituía uma forma de consolo pessoal. Posteriormente, num estudo de Van e Meleis (2003), é referido que, para as participantes, conversar com os filhos foi sentido como uma forma de apoio gratificante, dado que as respostas das crianças tendiam a ser honestas, claras, inocentes e de esperança. As palavras de encorajamento proferidas eram reconfortantes para as mulheres, contribuindo para uma outra perspetiva da perda.

Para algumas das nossas participantes, os filhos constituíram uma fonte de ocupação extraordinária, no sentido em que é importante manter as rotinas das crianças e que as solicitações de atenção são constantes. Centrar o pensamento nessas atividades tão variadas impede que se foquem na sua tristeza. Roose e Blanford (2011) salientam que os pais, algum tempo após a perda, estão, frequentemente, mais disponíveis para pensarem nas necessidades dos seus filhos. Por outro lado, a manutenção da rotina diária confere uma sensação de controlo e conexão com a vida:

- (...) *ler muito, foi um refúgio, trabalhar foi benéfico, eu sempre penso nos meus dois filhos, realmente é a melhor terapia* (EP6);

- (...) *ocupe-me com os filhos e saí mais* (ET21);

- (...) *ajudou-me muito ocupar-me com as minhas filhas, como elas ficam tristes tive de me esforçar por não demonstrar a minha...* (ET22);

- (...) *os meus filhos ajudaram-me, ocuparam-me* (ET73).

Dentro das estratégias adaptativas utilizadas retomar o trabalho foi mencionada como uma das mais benéficas. O facto de as pessoas se focarem nas obrigações e responsabilidades laborais, desvia-lhes a atenção da experiência negativa pela qual passaram, como nos referem estas participantes, permite-lhes ocuparem a mente com outras coisas:

- *Ir trabalhar ao fim de duas semanas foi a melhor estratégia que encontrei (ET12);*
- *Sair de casa e retomar a vida normal, trabalhar, foi a melhor estratégia (ET64);*
- *Tento ocupar-me com o trabalho (ET32);*
- *Trabalhar tem ajudado a ocupar a mente (ET40);*
- *Fiz um fim de semana prolongado e voltei ao trabalho rapidamente... [estratégia utilizada em outras situações anteriores] para me manter ocupada e evitar pensar repetidamente no assunto (ET37);*
- *(...) resolvi ir trabalhar para “ocupar a cabeça” com outras coisas. Ir trabalhar ajudou, estar em casa é pior (ET74);*
- *Achei melhor ir trabalhar porque assim ocupo a mente com outras coisas (ET54);*
- *(...) foi afastar-me daqui, fui para fora com o meu namorado... [depois] fui trabalhar para me obrigar a pensar em outras coisas, pelo menos durante oito horas (ET42);*
- *(...) ao fim de 15 dias fui trabalhar, para me ocupar e não estar sozinha (EP17).*

A adoção desta estratégia é também referida em outros estudos (Gerber-Epstein et al., 2009). De uma forma geral, a canalização da energia e da atenção para o trabalho evita que estas mulheres se centrem exclusivamente nas suas emoções e funciona como se durante aquele período de tempo houvesse um descanso no sofrimento e no luto, permitindo a redução do stresse e a melhoria do bem-estar psicológico.

De acordo com Antoniazzi e colaboradoras (1998, p.284), “os esforços de *coping* são dirigidos a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos, tendo por objetivo alterar o estado emocional do indivíduo”. Fumar um cigarro é um exemplo de uma estratégia dirigida a um nível somático de tensão emocional, como no caso desta senhora:

- *Tinha parado de fumar na gravidez, agora recomecei (...). Tenho uma filha [2 anos] que estava a dormir mal e voltei a colocar o berço dela no meu quarto, isso sabe-me bem* (ET50).

A função destas estratégias é reduzir a sensação física desagradável decorrente de um estado de stresse.

- *Dei por mim em compras compulsivas para a minha “outra” filha* (ET15).

Segundo Stroebe e colaboradores (2007), pode parecer estranho que pensamentos ou comportamentos pouco racionais sejam entendidos como estratégias de *coping*, no entanto, deve ser tido em conta que eles ajudam a regular emoções ou a reduzir os efeitos negativos da perda, o que, no fundo, são os grandes objetivos dos esforços de *coping*.

No caso desta senhora, as compras surgem como um mecanismo de compensação para a sua frustração.

Outro aspeto interessante neste discurso é observar como esta mulher que só tem uma filha, considera, igualmente, como filha o “bebé” que perdeu.

Comunicação

Esta categoria emerge das seguintes subcategorias: Falar com os outros sobre a perda; Aceitar que lhe falem sobre a perda

O encontro entre a realidade interna da mulher que perdeu a sua gravidez e os seus sonhos sobre um bebé antecipado, e a realidade externa formada pelo imediato que a rodeia – a sociedade que continua o seu percurso, apesar do seu infortúnio – dificultam-lhe a interação e a adaptação. O processo comunicacional entre a mulher e os outros sobre o evento da perda da gravidez torna-se, por vezes, uma situação constrangedora quer para o emissor quer para o recetor.

Alguns autores (Adolfsson et al., 2004; Easterwood, 2004; Kavanaugh et al., 2004; Letherby, 1993; Van & Meleis, 2003) referem que as mulheres que passam por esta situação apresentam uma grande necessidade de falar sobre o que lhes aconteceu, embora tal não aconteça da mesma forma com todas, dependendo, ainda, das pessoas que preferem, das que evidenciam disponibilidade para tal e daquelas com as quais se sentem confortáveis para o fazer. Nesse sentido, a comunicação pode constituir, ou não, um fator facilitador no percurso que leva a ultrapassar a perda.

FALAR COM OS OUTROS SOBRE A PERDA

Para as nossas participantes, falar sobre a perda da gravidez com outras pessoas apresentou-se como uma experiência sentida de forma variada por diferentes motivos.

Enquanto algumas senhoras afirmaram que não gostavam de falar sobre o que lhes acontecera, ou que era difícil:

- (...) *não gosto de falar do assunto com ninguém* (ET8);
- (...) *não era tão fácil falar do assunto com outras pessoas* (ET73);
- *Tive dificuldade em falar com as outras pessoas sobre o assunto* (ET35),

outras revelaram que essa dificuldade se relacionava com a labilidade e descontrolo emocional que apresentavam. Quando isso acontece perante pessoas menos íntimas, o grau de exposição e a sensação de vulnerabilidade são maiores e leva a que se evite a situação para se protegerem:

- *Evitava falar no assunto com outras pessoas porque me descontrolava e chorava* (ET43);
- (...) *ainda me custa responder às perguntas das pessoas, choro* (ET24),

outras optaram, ainda, por viver esse evento não falando muito sobre isso com os outros, quer por considerarem a experiência muito íntima, quer como estratégia de evitamento face ao sofrimento:

- (...) *preferi guardar para mim... se alguém me falava no assunto, preferia desviar a conversa* (ET56);
- (...) *preferi não falar muito sobre o assunto, achei que era uma coisa que tinha de ultrapassar sozinha* (ET53);
- *Preferi não falar muito no assunto, acho que isso é reviver uma dor* (ET54).

Estas mulheres referem a dificuldade que sentiram em falar com os outros sobre aspetos da sua experiência, sobretudo com aqueles menos próximos e com os quais se tornava mais difícil partilhar sentimentos e emoções, pelo que a família direta é, frequentemente, citada como a fonte de suporte mais utilizado (Van & Meleis, 2003):

- (...) *não foi fácil falar, com ninguém... custou-me encarar as pessoas... quando senti necessidade de falar, eu procurei as pessoas certas, para mim foi bom assim* (EP8);

- *Conversei mais com o meu marido e com os meus pais* (ET66);

- (...) *não me apetecia falar com as pessoas de fora* (EP18);

- *Não gosto nem sou capaz de falar sobre o assunto, a não ser com a minha irmã e o meu marido* (ET70);

- (...) *tenho dificuldade em falar sobre o assunto com outros... acho que esta dor é para ser vivida entre o casal... os outros não me podem fazer nada* (ET27).

Neste último discurso está bem presente a ideia de que este acontecimento é pessoal e, portanto, se os outros não o podem resolver, torna-se desnecessário partilhá-lo.

Eventualmente, as mulheres nesta situação de perda podem sentir que está em risco o seu papel de mães, esperado socialmente. Percebendo isso como uma falha pessoal, podem sentir-se diferentes e pensar que são olhadas pelos outros dessa forma, tornando-se ainda mais difícil a abordagem com os conviventes:

- *Senti dificuldade em conversar com pessoas menos íntimas (...) Não queria que as pessoas tivessem pena de mim, dado que era uma situação de repetição* (ET11).

Elas querem ser compreendidas, querem que a sua dor seja reconhecida e respeitada, mas não querem ser vitimizadas, nem tão pouco que tenham pena delas porque não conseguiram ter um filho. A possibilidade disso acontecer leva a que muitas vezes se isolem e façam um esforço suplementar por aparentar uma postura que está longe de ser a real, o que consome muita energia e interfere no seu bem-estar, dificultando o coping e a resolução do luto. O discurso desta senhora é um bom exemplo:

- (...) *vivi esta perda muito isolada (...)Tento sempre mostrar-me forte com as pessoas, acho que não me iam reconhecer a minha dor e não me dariam a devida atenção* (ET50).

A este propósito, é interessante observar a opinião desta participante:

- (...) *sofrer isso em silêncio deve ser terrível porque nem recebem ajuda, nem permitem que outros os ajudem* (ET45).

É certo que, se por vezes é difícil falar sobre esta experiência com os outros, quando isso acontece também se criam momentos de conforto muito gratificantes e que podem ajudar a ultrapassar a sua própria situação porque permite uma visão diferente da dimensão do evento. Afinal, também aconteceu a outras e elas ultrapassaram-no. Aceita-se mais facilmente o acontecido e readquire-se esperança e capacidade para perspetivar a vida:

- (...) *de repente descobri umas tantas pessoas que tinham passado pelo mesmo e que eu desconhecia...acho que isso me ajudou a aceitar melhor...* (ET48);

- *Foi bom falar com alguém que teve uma experiência parecida, dá força para continuar* (EP5).

Frost e colaboradores (2007) referem que, de acordo com as participantes do seu estudo, o fenómeno do abortamento deveria ter uma maior visibilidade, embora elas, individualmente, sentissem dificuldade na sua abordagem devido a sentimentos de culpa e vergonha, ou pelo estigma associado. Em nossa opinião, só através desse descapsular do evento é que muitas vezes as pessoas tomam conhecimento da extensão que ele tem, da diversidade de famílias que atinge, por vezes tão próximas e tão insuspeitas e que, frequentemente, acabam por ser uma ajuda extraordinária:

- (...) *senti necessidade de falar no que me aconteceu e acabei por partilhar isso com pessoas conhecidas, que acabei por descobrir que tinham passado pelo mesmo (...) era mais fácil falar com quem já tinha passado por isso. As outras pessoas tinham tendência para desvalorizar o que eu estava a sentir, ou minimizá-lo pelo facto de eu já ter uma filha, e de não ser a primeira perda, dizendo-me que eu rapidamente iria esquecer e engravidar outra vez* (ET58).

Por vezes, a presença da família e o apoio que esta presta apresentam-se insuficientes para algumas mulheres, e a necessidade de compreenderem melhor e saberem mais sobre o fenómeno leva-as a procurar outras pessoas com a mesma vivência, como referem estas senhoras:

- (...) *eu preferi falar sempre, no assunto... tive necessidade de falar no assunto, senti necessidade de procurar outras pessoas que tivessem passado por isto, de conversar...* (EP11);

- (...) *encontrei um site, entrei num fórum na internet (...) sei lá, somos tantas, tantos desabafos...* (EP3);

- (...) *a participação num fórum, na net, foi muito benéfico... partilhar a experiência com outras mulheres, de mãe para mãe. Prefiro este tipo de relacionamento não presencial* (ET12);

- (...) *há coisas que a gente sente-se bem a falar com mulheres...* (EP4).

Estes discursos revelam a forma particular como a experiência é percebida pelas mulheres e entre elas. Muitas vezes nos referem que só entende bem o significado desta perda quem por ela passou. Este facto é corroborado por outros investigadores (Gerber-Epstein et al., 2009; Plagge & Antick, 2009; St John et al., 2006), que referem que as mulheres com experiências similares eram consideradas as maiores apoiantes e as que melhor entendiam.

Dado o isolamento social em que este evento se desenrola, não é de estranhar que, atualmente e cada vez mais, elas procurem outras formas de suporte e a *internet* acaba por ser um recurso importante que pode ser utilizado no espaço privado, sem necessidade de identificação ou exposição física. Em países como o Reino Unido e os Estados Unidos, para além de pessoal especializado no apoio ao luto, a trabalhar nas instituições de saúde, existem linhas de apoio amplamente implementadas e desenvolvidas através da *Internet*, com grupos de apoio e/ou consultores individuais recomendados pelos hospitais e cujos endereços eletrónicos são disponibilizados às clientes no momento da alta para posterior contacto no caso de o pretenderem. Séjourné e colaboradores (2010a) salientam no seu estudo que das 305 respondentes, 289 sentiram necessidade de um qualquer tipo de suporte e que 277 manifestaram querer um suporte pessoal após o abortamento. Referem, ainda, que a maioria das participantes procurou informação sobre *coping* na *internet* e, por isso, argumentam que esta pode vir a tornar-se uma forma importante na resposta a dar às necessidades que as mulheres apresentam.

Face ao mesmo evento, não há dúvida de que as reações e as necessidades das pessoas diferem, pelo que necessitarão de diferentes respostas:

- *Nos primeiros dias tive mais dificuldade em falar do assunto, depois até preferia falar* (ET52);

- (...) *na primeira semana senti necessidade de falar sobre o assunto* (EP10);

- *No início sentia necessidade de falar sobre o assunto, agora já não quero que me falem sobre isso* (ET48).

De acordo com alguns autores (Plagge & Antick, 2009; Van e Meleis, 2003), falar com outras pessoas ajuda-as a compreender melhor a sua situação, a sentirem-se aliviadas, mesmo que por um breve período, propiciando uma sensação de restabelecimento.

É interessante observar como algumas mulheres, a partir de um determinado momento, não querem mais revisitar o assunto da perda, embora ela não esteja resolvida - aliás essa foi a justificação que muitas das possíveis participantes no nosso estudo nos deram para desistir. Este facto é corroborado por Séjourné e colaboradores (2010b) que, a propósito de um estudo que efetuaram com dois grupos de participantes, em que um deles recebia uma intervenção imediata e o outro uma intervenção mais tardia, verificaram isso mesmo. Enquanto as participantes que receberam intervenção imediata sentiram isso como uma ajuda muito importante, e queriam até que ela se prolongasse, muitas das outras participantes, mais tardiamente, recusaram a intervenção porque não queriam revisitar a experiência, embora muitas apresentassem sentimentos de luto não resolvido. As mulheres tentam, desse modo, proteger-se do sofrimento físico e emocional que a recordação lhes provoca.

Na nossa opinião, uma intervenção precoce permitirá à mulher expressar os seus sentimentos e emoções, ser compreendida e apoiada e ser ajudada a resolver potenciais problemas, mediante uma preparação antecipada.

ACEITAR QUE LHE FALEM SOBRE A PERDA

Muitas mulheres sentem-se desconfortáveis ao tomar a iniciativa de falar aos outros sobre a sua experiência de perda da gravidez porque receiam as reações de incompreensão ou insensibilidade. No entanto, não sentem dificuldade em responder às questões que lhes coloquem como esta participante, podendo beneficiar dessa oportunidade, se resultar em alguma forma de apoio:

- Acho que as pessoas evitam falar-me no assunto e preferia que o fizessem... desta vez ninguém me falou em nova gravidez [era uma segunda perda], mas sinto que andam pensamentos no ar... (ET14).

Esta senhora referia-se às soluções rápidas que, frequentemente, os outros apresentam para minimizarem o problema, constituindo uma forma pouco adequada de ajudar a mulher a ultrapassar a sua perda. Neste caso, dado que era uma situação que se repetia, essa sugestão de que uma nova e rápida gravidez iria

resolver tudo já não se colocava. No entanto, parecia instalada a tal “conspiração do silêncio” de que Lewis (1979) falou, como se não falando do acontecimento ele se dissipasse mais depressa.

Na verdade, as pessoas com as quais estas mulheres se cruzam têm, elas próprias, dificuldade em lidar com estas situações, não sabendo o que dizer, como agir, ou como confortar, e isso é reconhecido por elas:

- Senti que as pessoas tinham dificuldade em falar-me, limitavam-se a dar-me um beijo, reconhecendo a minha dor... mas eu não tinha dificuldade em falar (ET37);

- (...) foi um bocadinho difícil para as pessoas, porque ficam naquela situação que não sabem o que hão de dizer... (EP1).

É necessário algum conhecimento, experiência e sensibilidade para proporcionar uma atenção e apoio positivos à mulher em luto. As pessoas, por vezes, quando não sabem o que dizer podem ser tentadas a ignorar o luto e as necessidades de quem o vive, outras vezes, podem ter a melhor das intenções, mas exprimem pensamentos e fazem comentários que podem ser interpretados de forma diferente e provocar efeitos desastrosos:

- (...) um comentário de uma pessoa, natural, que ao mesmo tempo nós interpretamos de outra forma, é normal, que é perguntar se estava tudo bem e ao mesmo tempo perguntar se poderia engravidar (...) essa parte custa um bocadinho porque as pessoas abordam logo é o pior (EP11);

- (...) telefonaram-me a dizer - olha fulana também já passou por isso - e aquilo irritava-me profundamente, e eu ok, pronto, eu não quero saber porque eu já sei que há pessoas que passam e, se calhar, por situações piores e, se calhar, ainda bem que foi porque poderia ser uma situação muito má, mas irritava-me que agora estivessem a dizer - olha a não sei quê também passou por isso e agora já tem um bebé, ou agora já tem dois filhos... eu sei que as pessoas dizem isso por bem, para me incentivar, mas mesmo assim fiquei irritada, não queria que me dissessem isso... não queria saber... (EP5).

No momento imediato à perda, as mulheres necessitam que a sua dor seja validada e respeitada. Precisam de alguém que as compreenda e que esteja com elas e com quem sintam que podem exprimir o que sentem e, nunca, alguém que pretenda que tudo está normal. O conforto que se lhes pode dar passa mais por ouvir do que por falar.

Certas pessoas, que habitualmente conseguem lidar com os seus problemas sem recorrerem ao apoio dos outros, podem, neste momento, preferir gerir a situação por si próprias:

- (...) *preferia que as amigas não falassem no assunto* (ET4);
- *Preferia que as pessoas fora da família não me falassem no assunto* (EP6; EP10);
- (...) *custava-me que me fizessem perguntas* (EP9).

De acordo com Kohn e Moffitt (2000), estas mulheres deveriam ser ajudadas a preparar-se para os outros, tendo presente que a intenção deles não será magoá-las. Quando se sentem incomodadas com determinados comentários, também é lícito aproveitarem a oportunidade para educarem os outros sobre a perda da gravidez, ensinando-lhes formas de abordagem mais adequadas.

Planearem o que querem partilhar com os outros e, a forma como querem responder, pode evitar situações embaraçosas ou desconfortáveis para ambas as partes. Em nossa opinião, este tema deveria ser abordado pelos enfermeiros, tendo em vista o regresso a casa e a retoma das atividades pessoais e profissionais.

Partilhar a experiência

Esta categoria emerge da seguinte subcategoria: Recetividade a grupos de apoio/Outros

O valor da partilha da experiência com pessoas que a tenham igualmente vivido, como no caso da perda de uma gravidez, tem sido amplamente difundido na literatura (Capitulo, 2004; DiMarco, et al., 2001; Joanna Briggs Institute, 2006; Kavanaugh & Wheeler, 2007; Van & Meleis, 2003). Normalmente, esta interação pode ocorrer quer através de encontros presenciais ou *workshops*, com grupos de apoio constituídos por mulheres ou casais que viveram uma situação similar, quer através da participação em fóruns via *internet* ou, ainda, através de linhas de apoio telefónicas. De acordo com o seu nível de organização e desenvolvimento, estas redes podem disponibilizar suporte, aconselhamento e/ou terapia.

No nosso país, estas redes de apoio, tanto quanto sabemos, estão ainda pouco desenvolvidas e pouco difundidas. Na região Norte, conhecemos uma associação que presta aconselhamento e terapia especializada, presencial, e via *internet* permite o acesso a uma rede de partilha e suporte entre as mulheres. É

possível que se encontrem *blogs*, ou outras formas mais ou menos informais e restritas, que abordem esta problemática, tecendo algumas considerações ou conselhos. Para além disto, na literatura encontrámos referência a muitos *websites* internacionais, quase todos em língua inglesa, o que pode constituir um entrave para grande parte da nossa população.

RECETIVIDADE A GRUPOS DE APOIO/OUTROS

O ponto fulcral de qualquer consideração acerca de alguém que está a viver um processo de luto é a expressão de sentimentos e emoções. Neste caso, adquire uma especial importância que as pessoas possam contar “a sua história”, descrevendo e dando sentido ao que lhes aconteceu, repetidamente, sobretudo numa fase inicial. A única forma de isso acontecer sem que as mulheres sintam que estão a ser abusivas e a aborrecer os outros é, talvez, quando o fazem com alguém que já sentiu o que elas estão a sentir. Claro que não podemos afirmar que todas as mulheres que já abortaram são sensíveis às necessidades das outras, mas há algo na consciencialização sobre o evento que parece ser similar entre elas (Moulder, 2002).

Recorrerem a um grupo de apoio não é necessariamente o que todas as mulheres preferem, pois é natural que procurem resposta para as suas necessidades junto daqueles mais próximos, ou até em si próprias como nos refere esta senhora:

- caso, então, o meu [estado] psicológico não recuperasse talvez procurasse (...) mas tinha que dar um tempo a mim própria, ou seja, eu tinha que dar tempo de me tentar curar a mim própria sem procurar ajuda (...) eu penso assim, temos que dar tempo a nós próprios para o nosso corpo reagir, porque eu notei que quando fisicamente comecei a ficar melhor, psicologicamente também comecei a ficar melhor (...) a partir do momento em que nós nos curamos fisicamente, psicologicamente ajuda, comigo aconteceu isso (EP15).

É interessante observar esta referência ao tempo próprio que cada pessoa tem e necessita para se restabelecer, bem como o apelo aos seus próprios recursos, como se isso lhes conferisse um certo grau de empoderamento (Frost et al., 2007). Este nível de consciencialização é, já por si, um mecanismo facilitador do luto.

Houve outras participantes que evidenciaram o seu interesse numa forma de apoio externo, sobretudo no período imediato à perda:

- (...) *se houvesse um serviço de apoio telefónico, talvez o tivesse usado nas primeiras 2 semanas* (ET42).

Para algumas mulheres, e de acordo com o que referimos anteriormente quando falámos sobre as entrevistas, o apoio disponibilizado por telefone apresenta-se como um recurso fácil de utilizar, dado que não implica uma deslocação propositada a um qualquer lugar, nem a exposição física aos olhares de um outro, mas que permite, igualmente, a verbalização de sentimentos, emoções e necessidades de uma forma menos constrangedora. Ao longo das entrevistas telefónicas que realizámos, constatámos isso mesmo: muitas senhoras referiram sentir-se muito mais à vontade dessa forma, revelando-se mais íntima e profundamente.

Outras mencionaram simplesmente a necessidade de uma qualquer forma de apoio:

- *Na fase inicial, talvez tivesse recorrido a outro tipo de apoio... se fosse disponibilizado, mas depois acho que não* (ET35);

- *Se me tivessem oferecido um acompanhamento tinha aceite* (ET39).

Várias participantes manifestaram interesse, mais concretamente nos grupos de apoio. Partilharem os sentimentos, emoções e necessidades com pessoas que passaram pela mesma experiência significava serem entendidas, e outros exemplos poderiam sugerir-lhes diferentes estratégias para lidarem com o desgosto. De acordo com St John e colaboradores (2006), o valor dessa ajuda é inestimável e esta necessidade de partilha é igualmente referida em outros estudos (DeFrain, Millspaugh, & Xie, 1996; Corbet-Owen e Kruger, 2001; Hutti, 2005). Encontrarem pessoas que ultrapassaram a perda é quase como uma garantia de que o mesmo se vai passar com elas próprias:

- (...) *talvez tivesse aderido a um grupo de apoio* (EP16);

- (...) *talvez aderisse a um grupo de apoio, acho que seria benéfico* (EP17);

- (...) *se me tivessem disponibilizado um grupo de apoio eu ia* (EP18);

- (...) *participar num grupo de apoio poderia ter sido útil* (ET71; ET72);

- [eu estava] *Receptiva a grupo de apoio* (ET22).

Embora a maioria das mulheres pretendesse um apoio de grupo na fase próxima da perda, para outras essa necessidade foi sentida mais tarde, talvez depois de tentarem os seus recursos próprios e familiares, os quais nem sempre dão uma resposta de acordo com as necessidades sentidas, ou porque lhes fosse mais fácil, nesse momento, abordarem o tema de uma forma menos emotiva:

- (...) *talvez aderisse a um grupo de apoio, mas só mais tarde* (EP15).

No caso desta participante, é manifesta a necessidade de um apoio mais especializado:

- (...) *sinto necessidade de outro apoio, talvez vá falar com a médica...* (ET25).

Sintomas depressivos podem sobrevir à perda da gravidez (Bernazzani & Bifulco, 2003; Neugebauer, 2003), podendo indiciar um processo de luto patológico. De acordo com Lagarelhos (2011), não é a perda que leva ao luto patológico, mas o desamparo que dela decorre, acrescentando a isso que a própria perda traz outras associadas, gerando-se uma espiral de fenómenos negativos que conduz à depressão. Segundo Galhordas e Lima (2004), na depressão há uma intolerância à perda do objeto querido, o sujeito sente ao perdê-lo que se destaca e afasta uma parte essencial de si mesmo. A perda de capacidades físicas associada pode ser sentida como algo que descarateriza a pessoa, surgindo assim a depressão, a que está ligada uma baixa de autoestima, isto é, a pessoa desvaloriza-se e sente-se incapaz de realizar o que se propõe, agarrando-se ao idealizado, ou ao passado, incapaz de imaginar o futuro.

De acordo com o estudo de Klier e colaboradores (2000), a maioria dos episódios depressivos ocorre nos seis meses pós-perda, tendo o seu início por volta do final do primeiro mês.

Esse estado depressivo pode comprometer uma procura precoce de ajuda ou de cuidados, contribuindo simultaneamente para o agravamento da situação, pelo que propiciar uma forma de acompanhamento pós-perda deveria ser uma rotina para todos os casos, devendo incluir-se a organização de grupos de apoio nas possíveis estratégias a utilizar.

Luto e Bem-estar

Esta categoria emerge da seguinte subcategoria: Resolução do luto

Ultrapassar a perda da gravidez implica resolver o luto que daí resultou, mantendo ou melhorando a percepção de bem-estar que cada mulher tem.

Tal como referido anteriormente, o processo de luto é individual e, nesse sentido, não podemos considerar um período fixo para que ele ocorra nem, tão pouco, um curso claramente definido.

Lok e Neugebauer (2007), após analisarem 22 estudos sobre este tipo de perdas, concluíram que o tempo de resolução é variado e enquanto algumas investigações falam em três/quatro meses, outras documentam que a resolução ocorra entre um a dois anos. De referir ainda que, na maioria dos estudos analisados por estes autores e corroborado por outros (Hori et al., 2002; Maconochie et al., 2006; Warsop, Ismail & Iliffe, 2004), não foi encontrada associação entre a idade materna, *status* conjugal, *status* ocupacional ou classe social e adaptação emocional. Quanto à relação do luto com a idade gestacional parece, também, não existir relação (Klier et al., 2000). Rowlands e Lee (2010) não encontraram relação com a paridade, embora a inexistência de filhos tenha sido referida em muitos estudos como associada a um aumento do nível de ansiedade e depressão (Tunaley, Slade & Duncan, 1993, *cit in* Lok & Neugebauer, 2007; Neugebauer, 2003; Neugebauer et al., 1992; Thappar & Thappar, 1992). Klier e colaboradores (2002), tendo por base uma revisão da literatura sobre as reações emocionais após um abortamento, concluíram que não há efeitos significativos nas consequências psicológicas após um abortamento pelo facto de existir uma perda de gravidez prévia.

Alguns estudos têm evidenciado a presença de sintomas depressivos entre as participantes, quando avaliadas por volta das quatro a seis semanas após a perda da gravidez, o que interfere no processo de luto (Adolfsson et al., 2004; Neugebauer, 2003).

Num estudo efetuado por Swanson, Connor, Jolley, Pettinato e Wang (2007, analisando as respostas das mulheres (n=83) durante um ano após a perda de uma gravidez, as autoras observaram que 14,5% das participantes, no final da primeira semana, apresentavam uma resposta compatível com um luto resolvido, enquanto 47% delas ainda se encontravam em processo de resolução ao fim de seis semanas. As autoras argumentam que a resposta apresentada às seis semanas se revelou um bom preditor da forma como se sentiram ao fim desse ano, uma vez

que não se verificaram alterações significativas entre estas avaliações. Desta forma, as autoras sugerem que o período de maior crise para a maioria destas mulheres se possa prolongar até esse momento.

Os resultados da avaliação do luto e da percepção de *bem-estar* que efetuámos, utilizando a PBGS e o W-BQ12, permitiram inferir que as participantes no nosso estudo, entre as quatro e as oito semanas após a perda, apresentavam reações de luto pela gravidez e futuro bebé consideradas normais, podendo até dizer-se, e de acordo com vários autores, que evidenciavam uma boa recuperação nesse momento (Beutel et al., 1995; Deckhardt et al., 1994, Nickcevic et al., 1999, Hutti et al., 1989, *cit in* Brier, 2008; Prigerson & Jacobs, 2001). Quanto à percepção de *bem-estar* podemos, igualmente, considerar os níveis de *bem-estar geral* e a *energia* satisfatórios e compatíveis com um processo de luto em resolução, observando-se satisfação com a vida pessoal e entusiasmo e confiança para continuarem o seu percurso.

Apesar destes resultados, quando questionadas diretamente sobre os seus sentimentos e emoções no momento, muitas respostas são ainda compatíveis com um luto ativo:

- (...) *ainda sinto vontade de chorar se falar com alguém sobre o assunto* (ET35);
- (...) *eu muitas vezes não queria esquecer, queria falar...* (EP2);
- (...) *tenho dias em que penso muito na perda, não consigo dormir, penso muito no bebé* (ET3);
- (...) *ainda sinto este processo como muito doloroso... e pouco valorizado pelos outros* (ET55).

Os eventos de vida stressantes levam a uma desorganização no padrão de sono e na prevalência e conteúdo dos sonhos (Van, Cage & Shannon, 2004).

De acordo com Adolfsson e colaboradores (2004), muitas mulheres reprimem os seus pensamentos durante o dia, enquanto se podem ocupar com outros, mas à noite torna-se mais difícil quando estão sós com os seus pensamentos e emoções:

- (...) *à noite, deitada, é quando penso mais* (ET4).

O apoio psicológico tem significados variados para as diferentes pessoas. É importante que esse tipo de ajuda não contribua para aumentar a tensão num

processo já por si complicado, dado que a relação de confiança é essencial para uma intervenção eficaz. Tentarem encontrar em si mesmas a capacidade de recuperarem é sinónimo de que conseguem exercer algum controlo:

- (...) *não me sinto bem psicologicamente, a médica de família queria enviar-me a um psicólogo, mas prefiro ultrapassar tudo sem nada* (ET8).

As alterações fisiológicas e psicológicas que ocorrem na fase pós perda são marcadamente resultantes das alterações hormonais que ditam o retorno ao estado não gravídico, tal como ocorre no final de qualquer gravidez. Tal como em outros estudos (Kavanaugh & Hershberger, 2005, Swanson et al., 2007), também observámos respostas que podem estar condicionadas não só pelas mudanças cognitivas e emocionais, mas em grande parte pelas alterações hormonais:

- *Agora, tão depressa estou bem como estou mal, irrita-me com facilidade* (ET39);

- *Sinto, ainda, uma grande labilidade emocional, sinto-me irritada* (ET52).

As expectativas criadas podem influenciar as respostas de adaptação, aumentando o sentimento de perda pelo que poderiam ter tido:

- *Sinto uma grande tristeza, acho que devia ser um rapaz, por isso é que não consigo...* (ET22)

As preocupações com o que pode vir a seguir, ou seja, a imprevisibilidade de uma gravidez futura com sucesso aumenta os níveis de ansiedade numa situação em que ela já está naturalmente presente:

- (...) *não sei explicar... era uma coisa que eu queria muito, e... não sei se vou conseguir ou não...* [chora] (EP8);

A proximidade ou o contacto com mulheres grávidas, ou com bebés, referida pelas nossas participantes, é amplamente referido na literatura e em vários estudos (Danielsson, 2008; Frost et al., 2007; Gerber-Epstein et al., 2009; Kavanaugh & Hershberger, 2005; Kohn & Moffitt, 2000; Letherby, 1993) como sendo um fator perturbador para as mulheres que se encontram no processo de luto.

- *Sinto tristeza quando olho para bebés e grávidas. Sinto-me restabelecida fisicamente, mas psicologicamente ainda é uma confusão de sentimentos* (ET58);

- (...) *ainda me custa olhar para mães com bebês, todos os dias penso na perda e no bebê* (ET16);
- (...) *ainda me lembro muito (...) custou-me muito olhar para grávidas, ou mães com bebês* (ET22; ET63);
- *Choca-me olhar para bebês* (EP9);
- (...) *tenho momentos em que o desgosto volta, sobretudo quando olho para uma colega grávida* (ET6);
- (...) *ainda me sinto muito fragilizada psicologicamente e vivo de perto com uma familiar grávida...* (ET13);
- *Sinto-me muito triste e piora quando vejo grávidas ou mães com bebês. Sinto que tenho de continuar, mas é difícil* (ET25);
- *Sinto-me mal e triste quando vejo outras mulheres grávidas ou com bebês* (ET44);
- (...) *agora tem-me custado, vejo a gravidez da minha cunhada...* (EP17).

A visão e o contacto com esta realidade lembra-lhes constantemente o que perderam, ou o que poderiam ter, se tudo tivesse corrido bem. A tendência para pensarem no que poderia ser a vida se tivessem aquele bebê impede muitas vezes que se foquem no que de positivo ela tem, prolongando uma atitude característica deste processo, designada de “ruminação”.

Por vezes, a situação é agravada quando a recuperação fisiológica é mais demorada, sobretudo decorrente de perdas com idade gestacional superior, como no caso destas senhoras que diariamente se confrontam com os vestígios da gravidez:

- *O facto de ter ainda um certo volume abdominal, não ajuda a esquecer o bebê e a gravidez* (ET50);
- *Confronto-me diariamente com o facto porque perco leite espontaneamente* (ET54).

Sobretudo nas situações em que estas manifestações são mais previsíveis, de acordo com a idade gestacional ou pelo facto de existirem experiências prévias de aleitamento materno (Schott et al., 2007), a preparação do regresso a casa devia contemplar a sua abordagem. Nestes casos, a lactação é uma das manifestações físicas mais perturbadoras, dado que se relaciona estritamente com

a maternidade e é uma lembrança dolorosa e constante do bebê que perderam. A informação sobre estratégias que se podem adotar para inibir a produção láctea, ou sobre a necessidade de consulta médica para prescrição de medicamentos supressores da lactação, seria um exemplo da boa prática de enfermagem. Da mesma forma, seria recomendável informar sobre um estilo de vida favorável à involução uterina e recuperação do peso habitual.

Partilhamos a opinião de Moulder (2002) de que estas mulheres recebem pouca ou nenhuma informação profissional sobre estes aspetos quando comparadas com as que tiveram um bebê vivo.

Embora algumas participantes evidenciem uma resposta adaptativa compatível com a aceitação e integração da perda, salientam que é frequente a lembrança e a associação com outros acontecimentos que vão surgindo nas suas vidas:

- Ainda hoje não posso dizer que está ultrapassado, pensamos sempre – Ah! Se fosse agora tinha tanto tempo... (EP3);

- (...) qualquer coisa que surja eu vou associando logo... isto era um pedaço meu... (EP18).

Ao recordarem este período de luto, de uma forma geral, as participantes referiram como muito dolorosas as primeiras semanas. Estas senhoras mencionaram, particularmente as primeiras duas, como sendo as mais difíceis no processo de recuperação:

- Nas primeiras semanas senti que foi muito complicado não pensar na perda (ET11);

- As duas primeiras semanas foram horríveis... não pensei que custassem tanto... só chorava e não fazia nada (ET43);

- (...) hoje em dia, se calhar, preciso é que me deem um chuto no traseiro e que me digam assim: vamos indo! (...) Senti que precisava de deitar cá para fora, nem que fosse a mesma coisa, mas precisava de falar, à medida que o tempo vai passando, vou preferindo não falar... porque falar é reviver é relembrar... e custa-me, foi só há um mês, parece mais tempo, mas foi só há um mês... (EP10).

Talvez estas participantes tivessem mobilizado recursos pessoais, ou possuíssem um repertório de estratégias de *coping* aprendidas em eventos anteriores da sua vida (Van & Meleis, 2003) que lhes permitiu uma resolução mais

rápida. Claro que a disponibilidade de outros recursos familiares e sociais também podem ter contribuído para a recuperação.

Constatámos que para algumas senhoras o facto de existirem outros filhos constituiu uma ajuda para a resolução do luto e para ultrapassarem a perda:

- *Ter outro filho com 10 meses também me ajudou, embora continue a sentir muita tristeza (ET34);*

- *Acho que o facto e já ter um filho ajudou-me a superar a perda, até ele ajudou...* (ET69);

- *Acho que tem sido fundamental o facto de já ter um filho e agradeço muito por isso (ET71).*

Ter outros filhos foi referido por Neugebauer e colaboradores (1992, 1997) como um fator redutor dos sintomas de depressão e para Thapar e Thapar (1992) foi considerado como diminuindo os sintomas de ansiedade.

Os filhos podem atuar como se fossem um recurso pessoal. A sua existência pode ser sentida como uma forma de consolo, ou como o reafirmar do papel parental. Esta forma de ajuda que os outros filhos podem representar no processo de luto é igualmente referida por outros investigadores (Danielsson, 2008; Kohn & Moffitt, 2000).

Brier (2008) argumenta que, de acordo com alguns autores, a não existência de filhos pode levar a um maior investimento na gravidez, pelo grande desejo de os ter. No entanto, o autor lembra que este facto é reportado de forma inconsistente em vários outros estudos. Um estudo que avaliou 227 mulheres, utilizando a Perinatal Grief Scale (PGS), encontrou uma significativa relação entre a intensidade do luto e a ausência de filhos (Janssen et al., 1997, *cit in* Brier, 2008). De igual modo, o estudo de follow-up com mulheres que abortaram antes das 18 semanas de gestação, efetuado por Adolfsson, Berterö e Larsson (2006), utilizando a PGS, evidenciou esse resultado. No entanto, de acordo com os resultados do estudo de Swanson e colaboradoras (2007) este luto não é influenciado pela existência de outros filhos, facto que também se verificou no nosso estudo.

Um dos indicadores de que o luto está resolvido é a capacidade de discutir as experiências da perda com controlo das reações emocionais (Bonanno, 2001, Worden, 1999, Zeitlin, 2001, *cit in* Adolfsson, 2006). Segundo Bonanno (2007b), “atualmente, entende-se que a recuperação ocorre quando as emoções negativas,

relativas ao luto, estão reguladas ou minimizadas e quando as emoções positivas aumentam e sobressaem” (p.493).

À medida que se recupera o autocontrole, torna-se mais fácil a interação com os outros, tão importante na manutenção do processo de recuperação:

- *Agora sinto-me mais estabilizada e preparada para enfrentar os outros e falar do assunto sem chorar* (ET45);

- *Neste momento encaro a situação com mais optimismo* (ET11).

Não há uma forma típica ou correta de reagir à perda de uma gravidez. A recuperação depende do impacto que a perda teve na pessoa, e depende dos recursos de que dispõe, ou que lhe são facultados, no sentido de a facilitar.

Apesar de uma conjuntura favorável, cada pessoa tem o seu tempo, sendo, por isso, importante que não se sinta pressionada pelos outros para acelerar esse processo, que nem sempre se apresenta linear. Quando parece ter havido um avanço, repentinamente, sem perceberem às vezes porquê, voltam as emoções negativas, a tristeza. O luto tem de seguir o seu curso, e ele é feito de altos e baixos, as emoções surgem em ondas a invadir a pessoa. Acreditar em si própria, alimentar a esperança de que o dia seguinte será melhor do que o atual, e esforçar-se por manter um sentimento positivo são contributos essenciais para o *coping* e um bem-estar efetivos.

Retomar a vida

Esta categoria emerge da seguinte subcategoria: Atividades familiares e profissionais

Para a maioria das mulheres, a perda da gravidez afeta a vida pessoal e profissional. Muitas vezes, o projeto da maternidade foi adiado por interposição da estabilidade familiar, mas sobretudo profissional. Quando se torna possível engravidar e, depois disso, surge a interrupção, é com enorme frustração que se vive esse momento e são, por vezes, postas em causa as razões que levaram ao adiamento daquela decisão.

Ajudar a mulher numa particular situação como a que acompanha o retomar das suas atividades, no sentido de voltar à sua vida habitual, torna-se vital. De acordo com Williams e colaboradores (2008), é da responsabilidade dos profissionais de saúde facilitar a transição destas mulheres para a comunidade,

durante o luto. Ajudá-las a prepararem-se para situações com as quais pode ser difícil lidar, como por exemplo o encontro com pessoas que, não sabendo da perda, as questionam sobre a gravidez, ou ainda, com outros que, sabendo, lhes colocam questões de forma perturbadora ou insensível.

É natural que no decurso do processo de luto e recuperação a mulher experiencie uma diminuição na sua disponibilidade e capacidade para o trabalho, tal como uma maior ou menor perda do controlo na sua vida. Retomar as suas rotinas pode constituir um enorme esforço, como referiram várias das nossas participantes oito semanas após a perda:

- (...) *fiquei muito em baixo, mesmo fisicamente* (ET55);

- *Começo agora a encontrar as minhas rotinas, a voltar às minhas atividades como a ginástica, já consigo encarar as pessoas e falar do assunto sem chorar* (ET34).

A falta de interesse no trabalho e a dificuldade de concentração são frequentes enquanto alguns sintomas depressivos e a falta de energia dominam o modo de estar da pessoa (Gerber-Epstein et al., 2009; Kohn & Moffitt, 2000). A não concretização de um desejo tão ansiado e planeado pode transformar a visão do trabalho mais interessante e gratificante, subitamente, numa ocupação desinteressante.

Regressar ao trabalho pode ser stressante. Encarar as pessoas com as quais nem sempre existe uma relação de proximidade, mas que conhecem o motivo da ausência e às quais pode ser necessário dar algum tipo de explicação, revelou-se desconfortável para algumas mulheres:

- *Estou com dificuldade em voltar ao emprego e em enfrentar as pessoas* (ET70);

- *Ao fim da primeira semana tive de ir trabalhar dois dias e foi terrível, encarar as pessoas* (ET45);

- *O primeiro dia de trabalho foi terrível... encarar as pessoas... Ao fim de um mês, ir trabalhar tem sido fisicamente violento, embora me obrigue a pensar além da perda...* (ET14);

- (...) *foi um pouco complicado encarar as pessoas depois...* (EP12).

De igual modo, o confronto com pessoas indiferentes ou despreocupadas pode aumentar na mulher a tristeza e a sensação de incompreensão e isolamento:

- (...) *a princípio fez-me assim um bocadinho de confusão, porque olhava assim para as outras pessoas, pronto, felizes da vida... sobretudo para as mulheres mais jovens, assim da minha idade, e pensava assim - eh pá! Acabei de passar por uma perda tão difícil e estas pessoas estão tão contentes, mas elas não veem... [sorri] percebe, foi assim um bocadinho...* (EP1).

A reação que advém do regresso às atividades profissionais depende muito do tipo de trabalho, de quão gratificante é e das relações com os colegas. Trata-se do momento de confronto entre a realidade interna da mulher que sofre e o ambiente social externo a essa dor. Sob vários aspetos, é natural a mulher sentir-se uma pessoa diferente, vulnerável e frágil. Por outro lado, as outras pessoas também têm de se ajustar a diferentes expectativas. No entanto, voltar ao trabalho nem sempre é visto de forma negativa:

- (...) *voltar ao trabalho, senti algum receio por ir encarar as pessoas, mas achei que foi mais fácil do que contava e até foi benéfico estar ocupada com outras coisas* (ET66).

De acordo com Moulder (2002), as pesquisas têm evidenciado que quanto maior for a idade gestacional, mais tempo as mulheres precisam até regressarem ao trabalho. A autora acrescenta que grande parte delas sente que regressaram precocemente. A justificação pode residir no facto de estas perdas serem pouco valorizadas, tal como, conseqüentemente, o processo de recuperação, pelo que a pressão para que voltem ao “normal” possa ser forte.

Podem associar-se outros fatores que ditam um regresso rápido, como a garantia do emprego, ou da posição no local de trabalho, ou mesmo as perdas financeiras.

No nosso estudo, verificámos que muitas participantes, após algum tempo para se restabelecerem, sentiram como benéfico o regresso às rotinas e muito concretamente o regresso às atividades profissionais:

- *Passear com a minha filha e ocupar-me com a casa ajudaram-me* (ET23);

- (...) *passadas duas semanas já não queria estar em casa, fui às aulas e retomei o trabalho, foi muito bom* (EP10);

- *Fui trabalhar ao fim de 15 dias, na tentativa de que a vida continuasse* (ET15)

- (...) *ir trabalhar ao fim de três semanas foi melhor* (ET22);

- (...) *ter retomado o trabalho, o contacto com os meus miúdos, foi bom* (EP3);

- (...) *melhorei com o regresso ao trabalho* (ET4);
- *Retomar o trabalho foi muito benéfico* (ET13) (ET21);
- *Trabalhar ocupa-me mais e penso menos no assunto* (ET18);
- (...) *o trabalho ajudou-me a melhorar, a distrair-me mais e não pensar tanto* (ET6).

Por vezes, ficarem em casa, sozinhas, quando não estão “doentes”, no convencional sentido da palavra, pode tornar-se difícil, sobretudo se a pessoa tem a vida organizada em torno da atividade profissional. Regressar quanto antes às atividades de vida habituais pode significar para estas mulheres uma via para se abstraírem de si próprias e, de certa forma, se sentirem mais competentes (Moulder, 2002). Várias participantes referiram ter voltado imediatamente ao trabalho:

- *Fui imediatamente trabalhar, achei que era a melhor forma de continuar a vida normal* (ET57) (ET61);
- *Fui trabalhar no dia seguinte à alta... achei que era importante retomar a rotina e queria esquecer aquele sofrimento* (ET20);
- (...) *quando vim para casa, no dia seguinte fui trabalhar* (EP14);
- *Fui trabalhar quatro ou cinco dias depois e achei que foi o melhor* (ET18);
- *Fui trabalhar mais cedo, sair de casa e ocupar-me fez-me bem... não pensava tanto no assunto* (ET52);
- *Voltar imediatamente ao trabalho foi o que fiz de melhor para me ocupar, pelo menos uma parte do dia* (ET58).

Segundo a opinião de Kohn e Moffitt (2000), pode ser tentador embrenharem-se no trabalho, iludindo o luto, mas a tática pode simplesmente adiar esse processo. É importante que o trabalho funcione, verdadeiramente, como um recurso gratificante, em vez de uma evasão ao luto.

Integrar a perda

Esta categoria emerge das seguintes subcategorias: Aceitação/Dar significado; Criar memórias

Segundo o relatório do *Center for the Advancement of Health* (2001), americano, a teoria do luto tem-se afastado da teoria multiestádios original, associada a Kubler-Ross, salientando que cada vez menos se entende o luto como dividido em estádios distintos, tendo em conta que as respostas às perdas são variadas e que não existe um curso linear no processo de recuperação. De acordo com Bonanno (2007b), os estádios permitem compreender como a generalidade das pessoas processa o luto. Esses modelos são informativos, mas dizem-nos pouco sobre a forma como os indivíduos se adaptam à perda, ou porque é que podem experienciar vários graus e tipos de stresse em diferentes momentos, e como ao longo do tempo se vão ajustando.

Apesar da evolução deste conceito, os estudos continuam a evidenciar que a maioria das pessoas progride numa mesma sequência pelas mesmas fases, com o objetivo de integrar e aceitar a perda, no final. Assim, este construto permanece importante para a compreensão do luto.

Integrar a perda é uma etapa importante do processo de a ultrapassar, não no sentido de deixar para trás, ou ignorar o “objeto” querido, mas sim de o recolocar nos pensamentos, memória, de acordo com o significado que se lhe atribui. Trata-se de integrar o passado no presente, de uma forma que seja emocional e cognitivamente satisfatória para a pessoa. “Essencialmente, não é um retorno à vida como ela era anteriormente, pois as mudanças resultantes de uma perda são irreversíveis, mas é uma vida cujo sentido é negociado sem o desejado” (Machin, 2009, p.50).

ACEITAÇÃO/DAR SIGNIFICADO

A dificuldade em definir uma causa específica para a perda da gravidez pode obstar a sua aceitação e integração. O facto de, na maioria dos casos, não ser possível dar uma explicação coerente para a ocorrência de determinada perda, leva a que isso seja visto como o que Frost e colaboradoras (2007) designam de “*imperfectly scientised form of death*”² (p.1006). Acrescentam, ainda, que isso pode

² Trata-se de uma expressão específica na língua inglesa, cuja tradução literal será “uma forma de morte imperfeitamente científica, ou certificada”.

interferir no sentido de vivência da mulher num mundo racional, em que a ligação científica causa/efeito é tão presente.

Segundo Mellor e Shilling (1993, *cit in* Frost et al., 2007), “num mundo em que a ciência e a razão, e a juventude e a saúde, são tão valorizadas, a morte e a perda são problemáticas porque mudam a realidade que tem trazido o homem e a ciência tão ocupados” (p. 1006).

Para as mulheres, conhecer um motivo reduz a probabilidade de procurar causas em si próprias, ou de se culpabilizar, como nos revelam alguns estudos (Hale, 2007; Moulder, 2002; St John et al., 2006; Warsop et al., 2004). A importância que elas atribuem a essa informação é referida em vários trabalhos (Adolfsson et al., 2004; Danielsson, 2008; Frost et al., 2007; McLaughlin, 2005) e surge, igualmente, entre as participantes do nosso:

- (...) *sentia-me mais reconfortada se soubesse a razão* (EP11);

- (...) *como estou ligada à saúde, percebo um pouco melhor...* (EP12).

Quando as pessoas compreendem determinado acontecimento, nem que seja sobre a frequência da sua ocorrência num conjunto tão variado de pessoas, aceitam melhor o que daí possa resultar, pelo menos não se veem tão diferentes:

- (...) *tenho pesquisado na net sobre as possíveis causas e tem ajudado perceber que acontece a muita gente, começo a estar mais otimista* (ET22);

- (...) *entendo melhor agora... de repente descobri umas tantas pessoas que tinham passado pelo mesmo e que eu desconhecia... acho que isso me ajudou a aceitar melhor* (ET48);

- (...) *comecei a pensar ao contrário, quantas pessoas é que eu conheço que não passaram por isto? (...) portanto, a partir do momento em que eu comecei a pensar que poderia, eventualmente, ser até uma coisa normal, que não era uma coisa, de facto, do outro mundo... que não foi só a mim que aconteceu, percebe... ajudou-me também a entrar... espera lá, não sou a única, não sou tão diferente quanto isso... não sou um ser estranho, é uma situação normal...* (EP1).

Essa necessidade de perceberem porque é que aquela gravidez não foi avante pode resultar do desejo de trazer algum controlo sobre o evento e, a esperança, no sentido em que, conhecendo a causa, se possa evitar a recorrência da perda. Nessa impossibilidade, cada mulher procura atribuir-lhe o seu significado, para que possa compreender e aceitar, mais facilmente, esse evento crítico da sua

vida. Para algumas senhoras, a crença religiosa permitiu-lhes encontrar um sentido positivo na experiência. De certa forma, era como se tivesse sido um desígnio de Deus:

- Acho que Deus me deu tudo o que eu pedi, mas já não tinha de ser... (ET74)

Encontrámos resultados semelhantes no estudo de Frost e colaboradoras (2007), que argumentam que muitas mulheres encontram conforto na própria fé e o sentido religioso pode sobrepor-se à explicação científica:

- Refugio-me em Deus... Sinto que preparei a despedida. Sinto-me calma e em paz (ET9).

Um outro aspeto interessante a considerar no discurso desta participante é a referência à paz e calma que sente após ter feito a despedida daquele “bebé”. Após um diagnóstico de um ovo desvitalizado, ou de uma gravidez anembrionária, ou mesmo de um abortamento retido, a tendência médica é para intervir imediatamente, não discutindo sequer outra alternativa com a senhora/casal. No entanto, caso isso não acarrete riscos para a mulher, e se for do seu interesse, essa intervenção pode esperar algum tempo, um dia ou dois podem ser suficientes para uma preparação, um luto antecipatório, o que acaba por trazer benefícios no processo de recuperação.

Por vezes, as senhoras acabam por explicar o evento para elas próprias, integrando-o num universo ordenado, racional e predestinado:

- Penso que as coisas se acontecem assim, deve ser pelo melhor (ET18).

De acordo com um estudo de Engelkemeyer e Marwit (2008, *cit in* Sebold & Koil, 2009), lidar com uma perda pode eventualmente resultar num certo crescimento pessoal, dando assim a ideia de que o luto pode ter ramificações variadas.

Uma outra senhora tenta relativizar a experiência, salientando os aspetos negativos que a ela se associavam e dos quais se libertou:

- Passaram as náuseas... foi bom... a gravidez não é uma coisa que considere com prazer... só o é na medida em que é necessária para alcançar o filho que tanto desejo (ET18).

O discurso da participante seguinte parece imbuído de uma certa religiosidade, no sentido em que a experiência pode ser vista como uma forma de aprender sobre si própria através do sofrimento. Face a idênticas respostas no trabalho de Frost e colaboradoras (2007), as autoras argumentam que “isso pode ser conetado com a visão estoíca da vida, inevitavelmente dura” (p.1016):

- Apesar do sofrimento olho para esta experiência como uma necessidade e não, propriamente, como traumática (ET40).

Para esta participante, saber que não podia ter feito nada para evitar aquele acontecimento, ajuda-a a aceitar a realidade:

- Tenho a noção que esta situação fugia ao meu controlo (ET60).

Apesar do enorme desejo de serem mães, quando as perdas se sucedem, as mulheres encaram cada nova gravidez com maior desconfiança, evitando grandes expectativas com medo de uma nova decepção, na tentativa de controlarem o sofrimento que isso acarreta, tal como evidencia o discurso de uma participante ao referir que, embora essa situação seja mais valorizada pelos outros, a ultrapassou melhor do que anteriormente, uma vez que está mais preparada para a realidade:

- Agora, acho que são as pessoas que valorizam mais do que eu o facto de ser a quarta vez que acontece. Pessoalmente, agora encaro este facto de uma forma mais racional (ET64).

Na opinião de Serrano e Lima (2006), as mulheres podem distanciar-se internamente da nova gravidez como um mecanismo de proteção, iniciando um processo de separação e antecipando outro insucesso, ainda antes de ele ocorrer, lembrando que este estado de ambivalência, quando recorrente, pode trazer ao longo do tempo problemas emocionais.

Ainda a propósito do anterior discurso, Zilberman (2003, p.5), citando Worden (1998), salienta que “doses graduais de enfrentamento das dificuldades podem ter uma ação similar a uma imunização. Quanto mais, maior o grau de proteção e eficácia para o enfrentamento de eventos críticos”.

Outra participante evidencia a utilização do pensamento reflexivo e racional como forma importante para ultrapassar este evento crítico:

- Acho que está ultrapassado, com muita racionalidade e reflexão (ET34).

No caso destas senhoras, a vivência de outras experiências que colocam em risco a vida e o futuro interpõem-se e ajudam a relativizar este evento, colocando-o num plano inferior das suas prioridades:

- Vivi há uns anos atrás uma situação de doença oncológica, por isso já olho para a vida de forma diferente, esta experiência vem reforçar a ideia de não fazer planos futuros (ET45);

- Neste momento tenho de dar força ao meu marido, tem uma recidiva oncológica, isto acaba por se sobrepor à minha perda (ET43).

A recuperação do ciclo menstrual pode ser entendida de forma diferente pelas mulheres. Enquanto para algumas pode significar que estão bem e que o seu corpo está pronto para uma nova tentativa, para outras isso pode parecer estranho depois de alguns meses sem menstruação, podendo mesmo lembrar-lhes a hemorragia associada ao abortamento, momento que tentam esquecer. Para outras, ainda, como no caso destas participantes, é mais como a reconfirmação do insucesso daquela gravidez:

- Não gosto nem de tocar na barriga. Já fui menstruada e achei tão estranho, esquisito (ET70);

- (...) neste momento o facto de estar menstruada é o constatar de que já não existe gravidez (ET12).

No caso desta senhora, com outros problemas associados, que implicaram uma cirurgia e a impossibilidade de voltar a engravidar, e dado que o seu papel de mulher não se esgota na maternidade, ela ultrapassou a sua perda focando a sua expectativa na expressão da sua feminilidade sob o ponto de vista sexual:

- Sinto-me ansiosa em retomar a minha vida normal, sexualmente, dado que tive de fazer histerectomia, acho que esse momento será importante para ver como me sinto... como mulher... (ET43).

A conjuntura atual da nossa sociedade traz mudanças bruscas e inesperadas à vida de muitos casais que, embora planeando uma gravidez, no momento em que ela se concretiza são simultaneamente confrontados com uma situação de desemprego. A perda da gravidez acaba por, de algum modo, constituir-se um alívio para uma situação que sob o ponto de vista financeiro poderia tornar-se ainda mais complicada, facilitando naturalmente a sua aceitação:

- *Ainda não tínhamos muito bem aceite esta gravidez, embora planeada... a vida modifica-se de repente... pelo que isto, de certa forma, veio resolver-nos o problema* (ET57).

A perda da gravidez não significa esquecer. Aliás, é um fenómeno recordado a vida inteira, tornando-se um marco perante o qual os outros eventos da vida são por vezes associados como “antes de”, ou “depois de”. Volvidos muitos anos, as mulheres são capazes de reproduzir pormenorizadamente a situação que viveram. Tal como nos referem estas senhoras, esta experiência integra-se na vida:

- (...) *não sou como algumas pessoas que dizem que o tempo vai curar tudo, não cura! Acho que é uma frase péssima para quem realmente sofre um aborto (...)* Nunca esquece! (EP6);

- (...) *vive-se com a perda, não se esquece* (ET16).

Integrar a perda significa que se alcançou o estágio em que se entende que os factos não podem ser alterados e que importa aceitar a situação e prosseguir com a vida. Significa que se está apta a continuar a funcionar como mulher, mãe, ou trabalhadora, sem se deixar abater pela sua dor.

Podemos dizer que se ultrapassa este evento quando as sequelas da tempestade por ele causada permitem que a vida continue com um efeito cada vez mais ténue e uma lembrança menos dolorosa. As experiências traumáticas transpostas com êxito ampliam a resiliência individual.

CRIAR MEMÓRIAS

Os rituais ocorrem diariamente na vida de qualquer pessoa, assinalando transições, propiciando sentido, e estabelecendo uma ordem para as interações e para as experiências. De acordo com Kobler e colaboradoras (2007, p.290), “os rituais de transição, oscilam dinamicamente entre dualidades como divino/humano, passado/futuro, afastamento/aproximação, nascimento/morte, dor/conforto, compreensão/incompreensão”. Podem integrar-se num complexo religioso, ou num sistema social, ou podem, simplesmente, ser pessoais. Os rituais surgem da profunda necessidade humana de simbolizar, dar sentido, criar laços e de se confrontar com os mistérios da vida. Ordem, conforto e significado surgem associados aos símbolos e às ações usadas nesses comportamentos repetidos.

Como referido anteriormente, o isolamento social e a falta de reconhecimento que acompanham as perdas da gravidez e perinatais, bem como a ausência de rituais, têm um impacto negativo na resposta parental de luto. Alguns estudos demonstraram que “pais” que participaram em algum ritual encontraram apoio, significado e um luto facilitado (Capitulo, 2005; Davies, 2004, Macdonald et al., 2005, Meert et al., 2005 *cit in* Kobler et al., 2007; Van & Meleis, 2003).

Na ausência de quaisquer rituais que assinalem esta transição, por vezes, estas “mães” encontram outras formas de memorar a existência da gravidez e daquele “bebé”. Estes discursos revelam os vários objetos que as participantes escolheram como símbolos significativos da existência daquela gravidez e daquele ser nas suas vidas:

- (...) *já tinha revistas, já tinha comprado revistas... guardei-as, meti-as dentro de um armário, e os sapatinhos fiz o mesmo, meti-os numa gaveta onde tenho coisas minhas (...) para de vez em quando olhar e lembrar-me, pronto!* (EP5);

- *Tenho tudo guardado (...) porque aquelas roupinhas eram dele, claro que não vão ser de mais ninguém, vão ser daquele filho que nunca tive, é aquela... às vezes é uma saudade dele para mim e vou ver as coisinhas dele, mas por outro lado magoa* [emociona-se] (EP16);

- (...) *não consigo me libertar das “ecos”, não consigo me libertar das duas peças de roupa que me ofereceram, não consigo me libertar do teste de gravidez e acho que aquilo vai ter que fazer parte da minha vida (...) não tenho mais nenhuma fotografia a não ser esta [ecografia], por isso vai para o álbum das fotografias, faz parte de mim* (EP18);

- (...) *guardei, [ecografias] estão lá guardadas na gaveta, não as deitei fora, porque há de ser sempre o primeiro* (EP12);

- (...) *guardámos os testes de gravidez como uma memória positiva* (ET26).

De acordo com Stroebe, Stroebe e Hansson (1993, *cit in* St John et al., 2006), estas “mães” mantêm um vínculo com a representação interna daquele filho por muitos e muitos anos. Os símbolos têm sido vistos como proporcionadores de uma memória positiva com os filhos que não tiveram.

Tal como refere Capitulo (2005), para esta senhora a fotografia do seu bebé permanecerá como uma forma para o recordar:

- *Após o parto não tive coragem de ver o bebê, hoje arrependo-me e acho que fui covarde, mas tenho uma foto que pedi para tirarem (ET9).*

A este propósito, a autora defende que seria importante que os profissionais estivessem sensibilizados para vestirem e prepararem esses bebês da melhor forma possível, de forma a poderem oferecer uma recordação positiva.

Para outras pessoas, é preferível não guardarem recordações de um evento que consideram negativo. Estas participantes, embora não queiram confrontar-se com os objetos no momento, tomam opções diferentes:

- *(...) dei tudo o que já tinha (...) mesmo as poucas coisas que eu já tinha em casa eu dei-as a uma amiga e disse não leves a mal, não é dar o que não quero, é mesmo não querer lembrar...(EP10).*

Esta senhora, embora nesta fase não se queira confrontar com tais memórias, não parece ainda decidida a separar-se permanentemente delas.

- *Escondi tudo o que tinha para o bebê (ET15).*

Vários autores (Avelin et al., 2012; Capitulo, 2005; Easterwood, 2004; Fenwick, Jennings, Downie, Butt & Okanaga, 2007; Kavanaugh & Wheeler, 2007; Kobler et al., 2007; Kohn & Moffitt, 2000; Schott et al., 2007; Williams et al., 2008) fazem referência aos vários exemplos de artefactos que podem ser usados como memórias e são frequentemente referidos vários hospitais, sobretudo nos Estados Unidos e no Reino Unido que, muito sensibilizados para a importância que elas podem ter para os pais em luto, têm desenvolvido esforços no sentido de as proporcionarem, conforme as situações e de acordo com a idade gestacional. Perante a inexistência de rituais, a entrega de um objeto simbólico marca a existência daquela vida e é o reconhecimento do sofrimento dos pais. Para além das fotografias, referem as impressões plantares, um certificado de nascimento, um cartão de condolências, um poema, uma fita com um pendente (exemplos: um anjo, uma borboleta, uma libélula, uma estrela, um coração), ou até uma vela.

No espírito que domina esta era pós-moderna, em que o significado individual parece sobrepor-se ao que é coletivamente demonstrado, os ritos podem variar dos tradicionais e públicos para a construção de cerimoniais pessoais que marquem a morte ou quaisquer outras perdas que transformem a vida (Machin, 2009).

De acordo com Avelin e colaboradores (2012), as memórias são uma forma de concretizar o abstrato.

Perspetivas futuras

Esta categoria emerge da seguinte subcategoria: Engravidar, ou não, outra vez.

O processo de luto reveste-se de grande especificidade, englobando a tentativa de integração psíquica da realidade da perda, bem como a elaboração da dor por ela provocada, não esquecendo que, tal como todas as situações, também todas as mulheres são diferentes com todo o seu historial face à gravidez, morte, filhos e família, influenciando, por sua vez, esse processo (Lagarelhos, 2011). Não se trata só de ultrapassar a perda de uma gravidez, mas também de lidar com as implicações que isso traz à sua identidade enquanto mulher.

Todos estes factos contribuem para que os sentimentos e as respostas face a uma nova gravidez possam divergir entre as mulheres. Se este evento foi traumático e se outros problemas se associam à vida da pessoa, isso poderá dificultar a decisão de tentar outra vez.

A forma como cada mulher encara uma nova tentativa depende, em larga medida, de quanto a sua confiança foi abalada. Sentir-se preparada para tentar uma nova gravidez implica que se olhe para a frente, mais do que para trás e pode até, em certos casos, significar um ponto de viragem no processo de recuperação, mesmo que isso pareça um novo obstáculo a resolver. No entanto, embora o seu desejo por um filho pareça dominar o seu quotidiano, a perspetiva de engravidar outra vez constitui um outro problema.

A propósito da investigação existente sobre o tempo de espera recomendado até uma outra gravidez, Moulder (2002) refere que as conclusões observadas vão no sentido de que a probabilidade de virem a ter uma gravidez bem sucedida é exatamente igual em mulheres que engravidaram no período de três meses subsequentes a uma perda precoce, e as outras que esperaram mais tempo.

De acordo com White e Bouvier (2005), uma mulher jovem e saudável que tenha passado pela experiência de um abortamento completo tem um bom prognóstico de ter uma gravidez com sucesso a seguir. As autoras referem que os estudos evidenciam que mesmo um casal com uma inexplicada e recorrente perda

terá entre 35 e 85% de probabilidade de vir a ter mais tarde uma gravidez com sucesso.

Na prática, diferentes intervalos podem ser adequados para diferentes mulheres. A melhor recomendação deve ir no sentido de que cada pessoa decida por si, sem pressa, dando tempo a que a tomada de decisão seja confiante, mas consciente dos riscos.

Esse tempo de espera pode ser ocupado a preparar-se para uma nova gravidez, adotando um estilo de vida saudável, ou incrementando-o. Isso pode ser melhorando o padrão alimentar, deixando de fumar, praticando exercício físico ou reduzindo os níveis de stresse. Não queremos com isto dizer que se encontre aqui uma relação direta com a perda da gravidez, mas que a próxima deverá ocorrer nas melhores condições de saúde física e psicológica da mulher.

ENGRAVIDAR, OU NÃO, OUTRA VEZ

Pode ser complicado tomar uma decisão destas, quer seja num sentido ou noutro. Para algumas mulheres, esse momento chega quando conseguem enfrentar os riscos que uma nova gravidez envolve e quando encaram a possibilidade de que poderá correr bem, mas também não. Van den Akker (2011) salienta que na Suécia a percentagem de mulheres que tiveram um filho subsequente a um abortamento é de 21%. É impossível que a próxima gravidez seja percebida como seria sem a experiência anterior de perda.

Por vezes, a decisão de voltarem a tentar toma uma proporção diferente. A perda da gravidez coloca algumas mulheres perante uma séria decisão, em que, tal como Moulder (2002, p.200) lembra, “a perda da gravidez pode não ser o único obstáculo no percurso de vida planeado para a família”.

Algumas das participantes do nosso estudo referiram que não pensavam voltar a engravidar:

- *Não pretendo voltar a engravidar (ET21);*
- *Não estou preparada para pensar em outra gravidez (ET17);*
- *Depois desta segunda perda, acho que não estou preparada para passar por isto outra vez (ET50).*

Outras mulheres sentiram que o desejo em engravidar se exacerbou. De acordo com o estudo de Danielsson (2008), para muitas mulheres/casais tentar

ativamente a concepção pode ser terapêutico e pode ajudar positivamente no processo de *coping*. Em vez de o calendário lembrar sobre o tempo que a gestação perdida teria, passa a determinar a ovulação e o período fértil:

- (...) *se eu pudesse engravidava já outra vez [foi uma mola hidatiforme]. Tenho confiança que correrá melhor da próxima* (ET60);
- (...) *a ideia que me surgiu logo foi tentar nova gravidez, mas vou esperar três meses...* (ET72).

Muitos médicos recomendam um período de três meses até uma nova gravidez, tendo em conta o tempo necessário para a diminuição dos níveis de Hormona Coriônica Humana (HCG), recuperação dos ciclos hormonais normais e recuperação física e psicológica, embora a este nível o tempo de recuperação seja imprevisível, como já referimos. Por isso, de acordo com Moulder (2002, p.196), o período de um, três ou seis meses que muitos aconselham é referido mais como uma resposta à questão que as mulheres colocam do que por existir genuinamente uma recomendação a dar.

Outras senhoras sentem-se bem perspetivando uma nova gravidez, mas sem tanta imperiosidade:

- *Penso engravidar novamente, em breve* (ET73);
- (...) *estou otimista para tentar novamente* (ET28);
- (...) *sinto que quero voltar a engravidar* (ET9).

Muitas participantes evidenciaram uma boa recuperação, perspetivando positivamente o futuro:

- *Sinto-me recuperada e cheia de esperança, sou uma pessoa muito positiva e acho que outras oportunidades vão-de surgir* (ET38);
- (...) *penso positivamente no futuro* (ET16);
- (...) *encaramos o futuro com esperança* (ET26).

Esta participante exprimiu a alegria que sentiu por verificar a ciclicidade menstrual, como um sinal do bom funcionamento do seu sistema hormonal e reprodutor, apesar da sua idade, tornando-se um novo estímulo para uma nova tentativa de engravidar:

- (...) 28 dias, que sorte tenho! Se calhar vou ser mamã outra vez (...) mal me veio o período eu disse ao meu marido: – estás a ver como eu ainda sou uma jovem! Tenho 40 anos, mas ainda sou uma jovem! E as palavras dele foram: – ainda estás pronta para ser mamã? Eu comecei-me a rir, porque no fundo é isso que nós queremos (EP18).

Para outras, embora permaneça o desejo de terem um filho e tentarem novamente, ainda estão numa fase de grande ambivalência, conscientes do que passaram, mas sobretudo do futuro, tendo em conta que a experiência se pode repetir:

- Vou pensar em tentar outra vez (ET18; ET23);
- (...) quero muito ser mãe, mas tenho tanto medo (EP1);
- (...) sinto medo relativamente a outra gravidez (ET24);
- (...) era uma coisa que eu queria muito e... que não sei se vou conseguir (EP8);
- Quero muito tentar outra vez, mas ao mesmo tempo tenho muito medo (ET74);
- (...) estou num dilema, não sei se quero tentar outra vez, se desistir, com medo que se repita (ET70);
- Receio quanto ao futuro... de a situação se repetir... mas o desejo é muito grande, sonho com crianças até... (ET46);
- (...) acho que agora queria engravidar mais rapidamente, mas eu vou estar sempre a pensar qualquer coisa... (EP14).

Outras participantes sentem o seu medo aumentado, num dos casos por uma questão biológica devida à redução de uma trompa e, no outro, pelo desconhecimento da causa, o que diminui a sensação de controlo e prevenção do fenómeno:

- Não penso tanto no que me aconteceu, mas sim em relação ao futuro... por só ter uma trompa e ... o medo de poder repetir-se (ET29);
- (...) receosa por desconhecer a causa (ET2).

Os discursos destas senhoras revelam uma abordagem racional do evento e da forma como perspetivam o futuro. Estão conscientes do que pode voltar a

acontecer e, não querendo pôr de parte a ideia de uma nova gravidez, precisam que o tempo decorra com calma até que essa volição e decisão se manifestem de forma diferente e as ajude a avançar, na incerteza do sucesso:

- (...) *eu queria, mas só de pensar que eu posso estar grávida e na eventualidade de... eu não quero pensar que vou passar pelo mesmo, mas eu tenho de estar preparada para tudo, certo? É assim, as coisas acontecem, não acontecem só aos outros... mas... neste momento dizer que vou já tentar... neste momento eu quero arrumar as coisas na minha cabeça... e partir para outra... (EP10);*

- (...) *viver o dia a dia, mas também pensar um bocadinho no futuro e, se é uma coisa que nós queremos... não vou dizer que não tenho medo, e o tempo nesta situação não cura nada, isto é uma coisa que nós aprendemos a viver com ela e, portanto, não vou dizer que não tenho medo porque senão estaria a mentir... tudo depende de mim e do meu marido, se eu achar que está na altura de avançar... (EP6).*

Algumas mulheres estão conscientes de que uma nova gravidez tem o mesmo risco que a anterior, mas sentem-se confiantes e preparadas para a nova tentativa e as suas possíveis consequências:

- (...) *nós vamos começar a contar ter um filho, provavelmente correrá bem ou não, temos expectativas sempre positivas que ele venha, mas também acho que estou preparada para lidar com um não, acho que estamos os dois preparados para isso (EP7);*

- (...) *vou tentar novamente... já pensei nisso, pode acontecer novamente... mas, não vai ser isto que me vai deitar abaixo, não vai fazer com que eu desista da ideia, de maneira nenhuma, agora ainda fiquei com mais certezas de que, realmente, quero ter filhos (EP5).*

Mudar de médico, ser acompanhada por uma pessoa diferente significava, pode significar não ter nenhuma ligação à situação crítica da perda, iniciando um novo processo, como se ignorando o evento anterior reduzisse a carga negativa que, eventualmente, se poderia propagar à gravidez seguinte:

- (...) *vou mudar de médica, quero começar tudo de novo (EP10).*

Encontrámos outros estudos que fazem referência a este mesmo aspeto (Abboud & Liamputtong, 2005; Wright, 2005), embora as participantes difiram na

justificação, alegando sobretudo terem recebido pouca compreensão e suporte dos seus clínicos.

Partindo do princípio de que não há razões de natureza médica que impeçam engravidar novamente, o fator decisivo para que isso aconteça residirá nas circunstâncias individuais de cada mulher/casal. Muitos investigadores concordam com a importância que tem um luto resolvido antes de uma nova gravidez, evitando-se a substituição. A criação de uma nova vida deverá proporcionar um recomeço.

A decisão final, quer se oriente no sentido de uma nova gravidez, quer no sentido de a evitar, deverá envolver o casal tendo em conta a sua relação e as suas perspetivas para o futuro como família. Pode ser um processo doloroso que envolve tempo e trabalho.

Recuperar, traçar novas perspetivas e encontrar esperança podem apresentar-se com significados diversos para as diferentes pessoas. É um processo de vida e é preciso deixá-lo acontecer.

4 – DO PRESENTE AO FUTURO - NA PROCURA DA EXCELÊNCIA

Atualmente, no espaço europeu e com relevância no nosso país, verifica-se para além do adiamento da maternidade, com todas as implicações que isso pode ter, um decréscimo da natalidade. De acordo com os dados atuais do Instituto Nacional de Estatística (2014), no nosso país, os cerca de 79 mil nascimentos de 2013 representam um decréscimo de 12% face aos do ano anterior, facto que tem sido constatado ao longo da última década (2001:112.774; 2010:101.381; 2011:96.856; 2012:89.841). As gravidezes acontecem em menor número, mais tardiamente e, talvez por isso, suportadas com grande investimento. De acordo com a mesma fonte, em 2012 a idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho era de 29,5 anos, enquanto em 2001 era de 26,8 anos.

Sabemos que a gravidez se reveste de significados variados para as diferentes mulheres, de acordo com as suas circunstâncias. Algumas são planeadas, outras não; algumas são desejadas, outras não. As mulheres podem apresentar alguma dificuldade na conceção. De igual modo, as perdas gravídicas surgem em contextos variados e em diferentes fases do desenvolvimento fetal. São perdas súbitas, inesperadas e chocantes que alteram os planos e a esperança de ter o filho desejado, podendo até ensombrar o futuro com dúvidas e ansiedade. Passa-se abruptamente de um momento em que se vive a alegria e o anseio por se conhecer um filho, para um outro de incredulidade perante a esperança desfeita por uma razão desconhecida e inexplicável.

Viver esta experiência pode despoletar variados tipos de reações e em graus diferentes. Percebemos que o insucesso de uma gravidez pode revelar-se para uma mulher como uma experiência muito isolada, confusa e triste. Parafraseando Santos, Rosemburg e Buralli (2004, p. 275) salienta-se que “experiência não é o que ocorre e é registado fora do sujeito, mas sim o que ocorre no/com o sujeito, por isso, modifica-o, transforma-o, altera a sua identidade”. Para essa mulher ou casal, de repente, o mundo mudou. Não é somente um abortamento, é a morte dos seus sonhos, por vezes de longa data, da sua esperança e do seu bebé.

Embora “abortamento” seja o termo considerado medicamente correto para qualquer perda de gravidez que ocorra antes de atingir a viabilidade, a verdade é

que se verifica alguma relutância no seu uso, quer entre profissionais de saúde, investigadores e, sobretudo, entre as pessoas que experienciam esse evento, talvez pelo simbolismo negativo ao associar-se a qualquer coisa imperfeita, talvez porque o termo não evidencia a compreensão do significado que tal perda acarreta.

Por vezes há dúvidas quanto ao uso do termo feto ou bebé, tal como em referir-se à mulher como mãe. Moulder (2002) diz-nos que conferir-lhes esse estatuto - bebé, mãe - pode sobrevalorizar a experiência, mas não usar poderá ser entendido como redutor do significado que ela tem para a pessoa. Lembra que esse significado, aparentemente, pode não ser imediato, construindo-se depois no trabalho individual e emocional que cada mulher fará no amanhã.

Existem diferentes critérios para distinguir um feto de um bebé, usados de forma pouco uniforme, embora possam influenciar o modo como cada um define a sua experiência. Pode-se dizer que de acordo com a definição biológica o feto torna-se bebé quando é capaz de manter a vida. Há, ainda, as definições baseadas na idade gestacional ou no peso. O estatuto legal, no nosso país, a partir das 28 semanas de gestação, é conferido pela obrigatoriedade do registo de nascimento e do óbito. Sob o ponto de vista de algumas religiões, como a católica, a vida começa na conceção e surge a ideia de bebé desde o início. Verifica-se, no entanto, que estes diferentes conceitos - científicos, culturais ou legais – influenciam muito pouco os sentimentos da mulher face à experiência da perda.

Pode-se pensar que um abortamento será a forma normal, ou natural, de terminar uma gravidez não saudável, mas ele também pode indicar uma anomalia que precisa de ser corrigida e com a qual os casais têm de se confrontar, de forma a reduzirem os riscos em próximas gravidezes. Trata-se da mais frequente complicação da gravidez, sobretudo no primeiro trimestre. Uma grande parte destas perdas ocorre por volta da oitava semana, verificando-se, por vezes, uma certa inabilidade do útero para a sua expulsão que pode dever-se a um desequilíbrio hormonal quando, invulgarmente, a placenta continua a produzir progesterona, designando-se de abortamento retido. O diagnóstico pode ser feito, ocasionalmente, mais tarde, num exame ultrassonográfico de rotina. As perdas ocorridas depois das 12 ou 14 semanas atingem cerca de 3% das gravidezes (Bensouilah, 2001).

Partimos para o nosso estudo convictas de que ultrapassar um evento stressante como a perda de uma gravidez depende, em grande parte, das capacidades de cada mulher e do seu companheiro e, ainda, das estratégias de *coping* que a seu modo utilizam, individualmente e como casal, assim como do

suporte familiar e social de que dispõem. Considerámos, igualmente, como fundamental nesse processo a rede de suporte em cuidados de saúde, nomeadamente cuidados de enfermagem, pelo importante impacto na vivência e recuperação da perda e, no sentido de que podem contribuir para uma transição saudável. Pretendíamos desocultar as necessidades manifestadas pelas mulheres confrontadas com um evento desta natureza e que, simultaneamente, fossem impulsionadoras de uma melhoria contínua da qualidade, pela oportunidade de identificação e optimização das práticas de cuidados.

Percebe-se que nem sempre a iminência da perda gravídica se apresenta de forma clara e inconfundível. Alguns sintomas podem ser associados a outros problemas da gestação. É frequente que só em retrospectiva esses indícios adquiram esse inequívoco significado. Para algumas mulheres, em determinado momento pode até ter surgido a ideia de que tal poderia acontecer, mas sem grande convicção dessa realidade, ou tentando ignorar os sintomas na esperança de que tudo passasse; poderia até ter surgido alguma preocupação e ansiedade perante a possível confirmação dos seus receios, até que, contrariamente à sua esperança, eventualmente, surgisse a consciencialização de que a gravidez chegava ao fim.

Atingir essa realidade pode demorar algumas horas, ou alguns dias. Essa fase de incerteza é frequente para muitas mulheres e contribui para o stresse e ansiedade que sentem.

As possíveis causas de um abortamento são múltiplas e permanecem inconclusivas na maioria dos casos, embora possam ser vistas de forma diferente, conforme os abortamentos sejam precoces ou tardios (Bensouilah, 2001). É próprio da natureza humana, sobretudo nesta sociedade moderna tão caracterizada por aquilo que McLaughlin (2005) denomina de “gratificação instantânea”, saber e compreender porque se perde a gravidez. Esta impossibilidade em lhe atribuir um fator causal, contribui muito para tornar ainda mais difícil a tarefa de perceber e ultrapassar este evento às mulheres que o experienciam.

Uma outra dificuldade na compreensão deste fenómeno reside no facto de raramente se falar abertamente sobre ele, havendo portanto pouco conhecimento do que é esperado e de como lidar com essa realidade. É um fragmento da vida que permanece íntimo e discreto, e revelado, por quem o viveu sob determinadas condições. As pessoas só compreendem a magnitude da perda de uma gravidez quando com ela são confrontadas.

Tipicamente assume-se que a dor e o luto que surgem depois da perda de uma gravidez são proporcionais ao tempo de gestação, desvalorizando frequentemente as perdas precoces. No entanto, como refere Sherokee (1990), o apego e o amor que se sente por alguém não é de modo algum determinado pelo tamanho dessa pessoa. O amor não pode ser tão facilmente medido ou quantificado. De acordo com a autora, amor é amor, mesmo que seja o amor por um sonho, ou pelo que aquele filho poderia ter sido. Quando alguém de quem se gosta desaparece do mundo que o rodeia, é natural sentir-se saudade dele, sofrer e chorar por ele e procurar formas de o manter vivo e presente na memória. Quem realmente decide o que é um bebé? Talvez essa decisão pertença à mulher.

Os sintomas do luto e da depressão são similares, mas a depressão é vista como patologia e o luto como uma reação normal. Face à perda da gravidez, se a medida utilizada para avaliar o seu impacto for a depressão, diremos que a mulher está doente, mas se a medida utilizada for em termos de luto, então as reações da mulher podem ser vistas como normais, dadas as circunstâncias. Considera-se normal e saudável uma reação de luto que a mulher consiga gerir, resolver e ultrapassar por si própria. De acordo com alguns autores (Adolfsson et al., 2004), estima-se que cerca de 10% das mulheres que passam por esta experiência necessitem de algum tipo de ajuda especializada.

A utilização de uma medida do luto permite identificar mulheres que o experienciam para além dos limites considerados normais, podendo ser referenciadas para o sistema de saúde precocemente e, ainda, quando o suporte familiar seja inadequado. Num estudo de Adolfsson (2011b), utilizando a *Perinatal Grief Scale* (PGS), nas mulheres avaliadas através desse instrumento e tratadas adequadamente, observou-se uma melhoria na sua perceção de bem-estar.

No nosso estudo a utilização da PBGS permitiu-nos essa avaliação nas mulheres que estudámos. Considerando o momento da avaliação, entre as quatro e as oito semanas pós-perda, os resultados que obtivemos permitem-nos dizer que apresentavam uma boa recuperação emocional. Não detetámos situações compatíveis com um luto patológico, no sentido em que não se observaram consequências na saúde mental e física para além do esperado no momento em consideração (Pennebaker et al., 2007). Apesar do processo de luto não estar ainda resolvido para todas as mulheres, estava em fase de resolução para a maioria.

A perda da gravidez com todas as suas implicações, enquanto evento stressor, poderá interferir negativamente na perceção que cada mulher faz do seu

bem-estar. A avaliação do bem-estar através da aplicação do W-BQ12 permitiu-nos observar que as participantes neste estudo apresentavam níveis de *bem-estar positivo*, *bem-estar geral* e *energia*, que embora acima dos valores considerados médios, se aceitavam como compatíveis com a fase de recuperação e o processo de resolução do luto, revelando satisfação com a sua vida pessoal, e entusiasmo e confiança para continuarem o seu percurso.

Embora este evento nunca se esqueça e permaneça um sentimento de tristeza, percebemos que as mulheres tentavam integrá-lo nas suas vidas, readquirindo confiança em si próprias e nos outros, e que apresentavam capacidade para reinvestir noutras atividades e, algumas, numa futura gravidez, mostrando sentir que a vida tem sentido, factos estes que, de acordo com vários autores (Bonnano & Kaltman, 2001; Prigerson e Jacobs, 2001), são indicadores de uma integração da perda e uma adaptação normal.

Face à perda, “o processo de *coping* é agora considerado único para cada pessoa e a constelação de fatores que a rodeiam, o significado que lhe é atribuído e os recursos de que a pessoa dispõe irão variar largamente entre os indivíduos” (Holman, Perisho, Edwards & Mlakar, 2010, p.487). De acordo com estas autoras a investigação em enfermagem tem igualmente sugerido que o processo de luto não é linear nem, tão pouco, com uma progressão fixa por estádios, documentando por vezes grande variabilidade nas respostas de *coping*, relacionadas em parte com as diferenças culturais e as circunstâncias da perda. Salientam ainda a inexistência de *guidelines* sobre *coping* após a perda, nas principais bases de dados americanas como o *Department of Health and Human Services Agency for Health-care Research and Quality*, *The American Psychiatric Association*, ou *The Cochrane Collaboration*.

Ensinar os enfermeiros sobre a variabilidade da resposta às perdas pode, em última análise, melhorar os cuidados prestados aos indivíduos e suas famílias através de profissionais atentos às necessidades únicas dos seus clientes (Holman et al., 2010). Não o fazer, pode limitar a capacidade de proporcionar compaixão e suporte num momento que pode afigurar-se como uma experiência de mudança, na vida de alguém, com sérias consequências.

Alguns autores argumentam que as intervenções psicológicas cujo objetivo é ajudar as mulheres pós abortamento têm demonstrado poucos efeitos positivos (Adolfsson et al., 2006; Lok & Neugebauer, 2007; Swanson, 1999a), tornando-se necessário perceber melhor a causa dessa falha. Por outro lado, são muitos os estudos que referem a insatisfação que as mulheres manifestam com as

intervenções que lhes são proporcionadas (Callister, 2006; Frost et al., 2007; Klier et al., 2002; Krause & Grave, 1999; Lok & Neugebauer, 2007), mas são poucos os que salientam as preferências quanto ao suporte que necessitam (Séjourné et al., 2010a). Partilhamos a opinião de St John e colaboradoras (2006) quando dizem que a perda de uma gravidez não pode mais continuar a ser uma questão insignificante e trivializada no trabalho dos enfermeiros.

A avaliação do luto e do bem-estar através de instrumentos fidedignos permite rastrear mulheres em risco de luto complicado ou que apresentem alterações na perceção do seu bem-estar, que justifiquem um suporte adicional e especializado.

É reconhecido que este acontecimento, experienciado como adverso, constitui um componente de risco no padrão psicológico e pode assumir-se que, quando conjugado com outros factores negativos, resulte num aumento da vulnerabilidade psicológica e conseqüentemente em outros eventos nefastos (Bernazzani & Bifulco, 2003). Tal como alguns investigadores sugerem (Engelhard, van den Hout & Arntz, 2001; Klier et al., 2000) a avaliação precoce de preditores de um luto complicado permite uma intervenção atempada e com menores custos em saúde. Nesse sentido, o estudo qualitativo que efetuámos possibilitou uma maior compreensão sobre as necessidades específicas sentidas pelas mulheres, eventualmente sensíveis aos cuidados de saúde, desde a tomada de conhecimento do evento até ao período de quatro a oito semanas pós perda, bem como sobre os recursos de *coping* que possuíam e que utilizaram.

Atualmente, tal como acontece em muitos outros países, também no nosso se verificam grandes mudanças no sistema de saúde. Algumas têm vindo a transmitir a ideia de que os cuidados de enfermagem podem consistir, primeiramente, em intervenções técnicas, já que são as que podem ser medidas objetivamente, em termos monetários. No entanto, a enfermagem identifica-se como uma combinação de intervenções técnicas, interações com o cliente que abarcam múltiplos níveis e, ainda, a autorreflexão e o crescimento do enfermeiro como profissional e pessoa.

O conceito de enfermagem holística, usado tão amplamente, inclui proporcionar cuidados que tenham em conta os aspetos tangíveis e intangíveis do indivíduo. Assim, o foco é a saúde holística, termo usado para descrever o estado de bem-estar da pessoa mediante a promoção do seu potencial individual, de forma que a natureza única e, ilimitadamente dinâmica, de cada indivíduo se afirme.

Autores como Cara, Nyberg e Brousseau (2011) questionam até que ponto será possível a coexistência de uma prática de cuidar (*caring*) e a atual visão economicista, mantendo o objetivo da qualidade dos cuidados ao cliente. Segundo estas autoras, os estudos têm evidenciado uma correlação entre o fenómeno da “desumanização” e o impacto negativo nos serviços de saúde e no ambiente de trabalho. Argumentam, ainda, que na maioria dos sistemas de saúde dos países industrializados, a desumanização tem causado frustrações múltiplas entre as pessoas dos vários níveis organizacionais (clientes, profissionais de saúde e gestores). Tendo por base os vários autores que consultaram, defendem que esse fenómeno pode ser uma consequência dos constrangimentos económicos que forçam os gestores para uma política empresarial com redução dos recursos humanos, no sentido de tornarem o sistema rentável. A redução do número de enfermeiros implica, conseqüentemente, uma elevada carga de trabalho.

De acordo com Watson (2006, p.257), “as atuais polémicas sociais, políticas, económicas e médicas nos cuidados de saúde (leia-se doença) têm indiscutivelmente desviado a enfermagem do cuidado humano (*caring*) e dos seus alicerces éticos”. Cara e colaboradoras (2011) reforçam esta ideia alertando que, frequentemente, não são satisfeitas as necessidades dos clientes porque o *ratio* dos enfermeiros é constantemente reduzido para conter custos.

Enquanto as decisões dos gestores e administradores têm por base as análises de custo/benefício e de custo/eficácia, as decisões dos enfermeiros têm por base as necessidades e os direitos dos clientes (*ibidem*). Impõe-se aos gestores dos serviços de saúde um desempenho atento às questões económicas, mas sem desvalorização dos cuidados aos clientes e famílias numa perspectiva de *caring*.

Partilhamos a dúvida destas autoras (Cara et al., 2011) quando colocam a questão “chegámos nós ao ponto de deixar de lado a principal diretiva do bem-estar do utente por causa de finanças? Se assim for, estamos em risco de abandonar a nossa identidade profissional como enfermeiros” (p.7). Se a redefinição do papel dos enfermeiros seguir num sentido de conflito com os valores implícitos no cuidar, então a satisfação dos enfermeiros, e sobretudo dos clientes, irá continuar a aumentar. Não podemos esquecer que a relação entre os profissionais e as chefias é crucial. Estudos conduzidos por Cara (1997, 1999, *cit in* Cara et al., 2011) revelaram que os enfermeiros experienciavam dificuldades em cuidarem dos seus clientes quando eles próprios não se sentiam cuidados ou apreciados pelos seus chefes.

Um estudo efectuado por Wysong e Driver (2009), visando as percepções que os doentes tinham sobre as competências dos enfermeiros, revelou que em primeiro lugar os distinguiram pelas ações de cuidar (*caring practices*), as quais de acordo com a *American Association of Critical-Care Nurses* são definidas como “as atividades de enfermagem que criam um ambiente terapêutico, de suporte e compaixão...com o objetivo de proporcionar conforto, incluindo vigilância, compromisso e responsabilidade dos cuidadores” (*ibidem*, p.31). Para além de alguns trabalhos citados por estas autoras (Davis, 2005; Fosbinder, 1994) também encontramos outros que corroboram esta opinião dos utentes (Johansson et al., 2002; Kralik, Koch & Wotton, 1997; Radwin, Farquhar & Knowles, 2005; Thorsteinsson, 2002).

No mesmo estudo de Wysong e Driver (2009) surge mencionada em segundo lugar a competência para informar/comunicar, salientando-se como facilitador da aprendizagem. Em síntese as autoras referem que as competências interpessoais, de acordo com a percepção dos doentes, são mais valorizadas do que aquelas puramente técnicas.

Esta prática de cuidar, numa análise superficial pode ser entendida como consumidora de tempo, o que se pode traduzir em custos mais elevados, mas os ganhos em saúde são enormes, sobretudo numa visão *a posteriori*.

Outro facto que merece atenção é o sistema de normas e rotinas com a padronização dos procedimentos. De acordo com Bettinelli, Waskiewicz e Erdmann, (2003), se por um lado os protocolos facilitam na gestão dos custos, por outro “podem levar à rigidez e impessoalidade da relação com pouca demonstração de sensibilidade” (p. 235). Mezzomo salienta que “as rotinas, uma vez implantadas, passam com o tempo a ser consideradas certas e dificilmente são revistas” (2003, *cit in* Leite & Strong, 2006).

É impensável abdicar das inovações científicas e tecnológicas, mas importa agregar valores humanos às relações que ocorrem nas instituições de saúde, procurando uma articulação baseada nos princípios éticos e promotoras de práticas que respeitem e valorizem cada individuo.

Considera-se importante um ambiente profissional que apoie e promova o poder dos enfermeiros na prática de cuidar. Enquanto profissionais devemos manter esforços conducentes ao desenvolvimento de ambientes em que os valores e as práticas do cuidar sejam respeitados, controlando os gastos, mas mantendo os padrões de qualidade, onde se possa marcar a diferença pela sua melhoria e, conseqüentemente, pela maior visibilidade pública. Assim, uma relação de diálogo

permanente entre enfermeiros e chefias torna-se um requisito fundamental para esta prática, no sentido de manter a eficiência, alimentar as formas de cuidar e promover a negociação. Os enfermeiros podem ter um papel participativo e influenciador nos processos de tomada de decisão sobre a organização e implementação dos cuidados.

4.1 – UM MODELO DE INTERVENÇÃO

O objeto de estudo dos enfermeiros é o ser humano, com toda a complexidade decorrente da sua natureza subjetiva. Numa situação de perda da gravidez os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica afiguram-se nos como sendo aqueles mais capacitados para responderem às necessidades de cuidados apresentadas por estas mulheres.

Tendo por base as experiências e necessidades de cuidados expressas pelas participantes no nosso estudo, e ainda, as considerações que os vários autores, envolvidos em trabalhos subordinados ao mesmo tema, vêm salientando, propomos um modelo de atendimento que vise dar resposta às situações específicas desta população, de acordo com as singularidades das nossas organizações e serviços de saúde. As intervenções que propomos baseiam-se nas *guidelines* da SANDS (Stillbirth & Neonatal death charity) apresentadas por Schott e colaboradores (2007), nas intervenções da NIC (Nursing Interventions Classification) propostas por Bulechek, Butcher e Dochterman (2010), e ainda em autores que fomos apresentando ao longo do trabalho.

O modelo de intervenção de enfermagem permitirá cuidar de mulheres em situação de perda da gravidez, aumentando o grau de satisfação das clientes através de cuidados de excelência baseados na teoria do *caring*, potenciando os ganhos em saúde.

Os profissionais de saúde são, muito provavelmente, as primeiras pessoas com quem a mulher/casal se depara na situação de perda da gravidez e essa interação que se gera pode desempenhar um papel crucial no reconhecimento da dor e do sofrimento que ela acarreta e das variadas respostas resultantes, bem como no início do luto. A relação entre as atitudes dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros, e a recuperação física e emocional das mulheres é referida em vários estudos (Adolfsson et al., 2004; Chan & Arthur, 2009; Corbett-Owen & Kruger, 2001; Kavanaugh & Hershberger, 2005; Murphy & Philpin, 2010). Os enfermeiros detêm uma posição privilegiada para as ajudarem a lidar com os

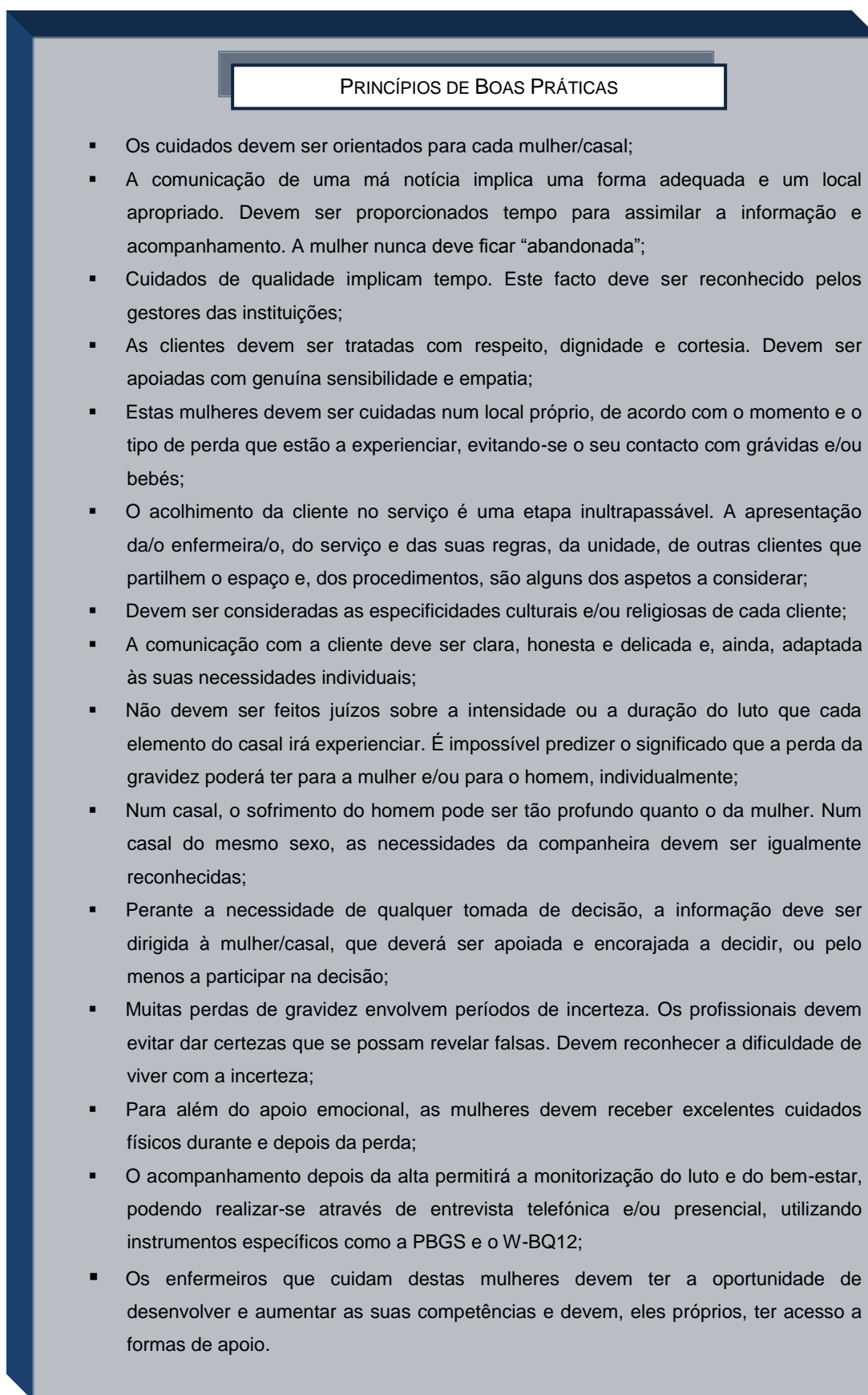
problemas que se podem afigurar, assegurando um ambiente favorável ao reconhecimento e compreensão da dor, do sofrimento e das suas necessidades.

Alguns dos aspetos que contribuem para cuidados ineficazes passam pelo internamento curto, pela falta de privacidade ou condições físicas desadequadas à condição da mulher, pelo pouco tempo despendido com as clientes, pela rapidez nas intervenções e a prioridade aos aspetos físicos, pela dificuldade ou pouca preparação dos profissionais para lidarem com as perdas, pelas atitudes desvalorizadoras dos profissionais face à perda da gravidez e, ainda, pela multiplicidade das respostas manifestadas pelas mulheres/casais/famílias.

Enquanto enfermeiros, se pouco ou nada podemos fazer para evitar a perda de uma gravidez, podemos no entanto contribuir positivamente para amenizar o seu decurso e facilitar o processo de aceitação e de recuperação. Torna-se crucial a implementação de cuidados de qualidade, na perspetiva da cliente, que visem a legitimação da perda como evento stressor, gerador de luto e com potencial interferência na perceção do bem-estar, e que sejam potenciadores dos recursos individuais de *coping*, no sentido de facilitarem uma transição saudável.

A prestação de cuidados de qualidade, muito particularmente nesta situação, clama por orientações que ajudem na harmonização das práticas dos enfermeiros nas diversas instituições. Uma mulher/casal que passa pela experiência de perder uma gravidez nunca esquece a compreensão, o respeito e o carinho que recebeu dos enfermeiros que dela cuidaram. Essa atenção permanecerá entre as memórias daquela gravidez e daquele bebé que não teve. Nesse sentido, e como princípio de boas práticas, lembramos alguns aspetos que sendo comuns a muitas outras situações se revelam essenciais no atendimento e na prestação de cuidados a estas mulheres/casais (figura 5):

Figura 5 - Princípios de boas práticas

A diagrama com um fundo cinza e uma borda azul escura. No topo, há um retângulo branco com o título "PRINCÍPIOS DE BOAS PRÁTICAS". Abaixo, há uma lista de 20 itens em formato de marcadores quadrados.

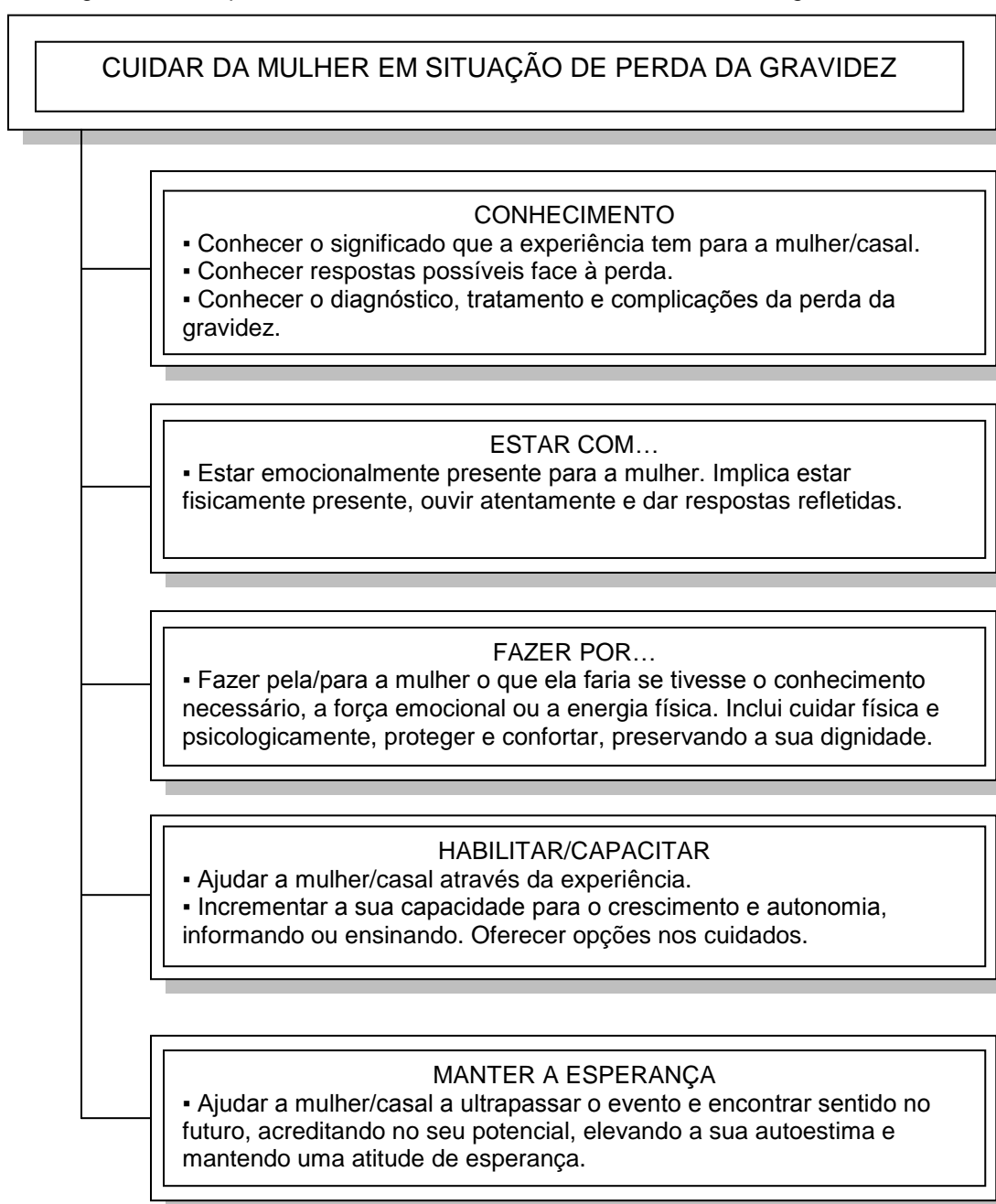
PRINCÍPIOS DE BOAS PRÁTICAS

- Os cuidados devem ser orientados para cada mulher/casal;
- A comunicação de uma má notícia implica uma forma adequada e um local apropriado. Devem ser proporcionados tempo para assimilar a informação e acompanhamento. A mulher nunca deve ficar “abandonada”;
- Cuidados de qualidade implicam tempo. Este facto deve ser reconhecido pelos gestores das instituições;
- As clientes devem ser tratadas com respeito, dignidade e cortesia. Devem ser apoiadas com genuína sensibilidade e empatia;
- Estas mulheres devem ser cuidadas num local próprio, de acordo com o momento e o tipo de perda que estão a experienciar, evitando-se o seu contacto com grávidas e/ou bebés;
- O acolhimento da cliente no serviço é uma etapa inultrapassável. A apresentação da/o enfermeira/o, do serviço e das suas regras, da unidade, de outras clientes que partilhem o espaço e, dos procedimentos, são alguns dos aspetos a considerar;
- Devem ser consideradas as especificidades culturais e/ou religiosas de cada cliente;
- A comunicação com a cliente deve ser clara, honesta e delicada e, ainda, adaptada às suas necessidades individuais;
- Não devem ser feitos juízos sobre a intensidade ou a duração do luto que cada elemento do casal irá experienciar. É impossível prever o significado que a perda da gravidez poderá ter para a mulher e/ou para o homem, individualmente;
- Num casal, o sofrimento do homem pode ser tão profundo quanto o da mulher. Num casal do mesmo sexo, as necessidades da companheira devem ser igualmente reconhecidas;
- Perante a necessidade de qualquer tomada de decisão, a informação deve ser dirigida à mulher/casal, que deverá ser apoiada e encorajada a decidir, ou pelo menos a participar na decisão;
- Muitas perdas de gravidez envolvem períodos de incerteza. Os profissionais devem evitar dar certezas que se possam revelar falsas. Devem reconhecer a dificuldade de viver com a incerteza;
- Para além do apoio emocional, as mulheres devem receber excelentes cuidados físicos durante e depois da perda;
- O acompanhamento depois da alta permitirá a monitorização do luto e do bem-estar, podendo realizar-se através de entrevista telefónica e/ou presencial, utilizando instrumentos específicos como a PBGS e o W-BQ12;
- Os enfermeiros que cuidam destas mulheres devem ter a oportunidade de desenvolver e aumentar as suas competências e devem, eles próprios, ter acesso a formas de apoio.

Espera-se dos enfermeiros conhecimento, competência, eficiência e aptidões para gerirem os problemas que surgem no decurso do processo de cuidados.

De acordo com a teoria de Swanson (1993, *cit in* Swanson, 1999), a capacidade das mulheres para encontrarem um sentido na perda integrando-a como um evento de vida, e experienciarem bem-estar, será potenciada pela forma como são cuidadas (*caring*) por um profissional conhecedor das respostas humanas ao seu problema específico de saúde. Essa forma de cuidar tem subjacente cinco componentes propostos pela autora e apresentados na figura 6.

Figura 6 – Componentes do cuidar de acordo com a teoria do *Caring*



Ultrapassar a perda da gravidez depende de vários mecanismos pessoais que podem ser reforçados pela forma como as mulheres são cuidadas, nomeadamente durante a fase de abortamento, no apoio ao luto e à manutenção do bem-estar, potenciando as suas capacidades para encontrarem esperança no futuro e sentido para a vida. O modelo de intervenção que propomos, tendo subjacente uma forma de cuidar conforme a teoria do *caring*, engloba as atividades de diagnóstico, que se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 3 - Atividades de diagnóstico/vigilância

ATIVIDADES DE DIAGNÓSTICO/VIGILÂNCIA	
Pesar/Luto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar o significado da perda para a mulher/casal ▪ Identificar o vínculo ▪ Identificar as respostas à perda <ul style="list-style-type: none"> - Identificar reação inicial - Observar reação psicológica à situação ▪ Avaliar sistemas de apoio
Abortamento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigiar e monitorizar dor segundo escala ▪ Monitorizar sinais vitais ▪ Vigiar náuseas e vômitos ▪ Vigiar câimbras ▪ Vigiar perda sanguínea ▪ Examinar colo uterino ▪ Palpar apresentação fetal ▪ Vigiar expulsão do feto ou produtos de concepção
Esperança	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar antecedentes obstétricos ▪ Avaliar eventos de vida relevantes <ul style="list-style-type: none"> - Identificar atitude face a anteriores incidentes negativos ▪ Identificar atitude face à vida ▪ Identificar tipo de personalidade

Engloba, ainda, as possíveis intervenções que visam dar resposta às necessidades em cuidados nas três grandes áreas - o abortamento, o pesar/luto e a

promoção/manutenção da esperança - e que, de acordo com o nosso estudo, se nos afiguram como aquelas que congregam os aspetos mais vulneráveis dos cuidados referenciados pelas mulheres e que, simultaneamente dão resposta às necessidades que sentiram e que se apresentam no quadro 4.

Quadro 4 - Modelo de Intervenção de enfermagem

ABORTAMENTO	
<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-bottom: 10px;">INTERVENÇÕES</div> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atender a mulher na admissão ao serviço. ▪ Gerir o ambiente. ▪ Preparar para os procedimentos. ▪ Reduzir o stresse. 	<div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 2px 5px; margin-bottom: 10px;">JUSTIFICAÇÃO</div> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A satisfação com os cuidados influencia de sobremaneira o início do processo de luto. A admissão no serviço é por isso crucial na avaliação que a mulher fará da atenção e dos cuidados que lhe são prestados. Apresentar-se e cumprimentar a cliente com cordialidade e simpatia, tratando-a pelo nome, demonstrando o seu pesar pela situação, informando sobre o seu papel no processo e orientando-a quanto às expectativas dos cuidados, evidencia que o profissional se interessa por ela e por ajudá-la (Schott et al., 2007). Apresentar as outras clientes na mesma unidade facilita a interação entre elas. ▪ Aspetos como: manter afastamento de grávidas ou bebês; manter a privacidade; manter a campainha ao alcance da cliente; manter resposta imediata à chamada; manter ambiente seguro e limpo; atender à iluminação; proporcionar ambiente calmo; possibilitar acompanhamento familiar, são essenciais para proporcionar conforto e segurança (NIC, 2010). ▪ As mulheres devem ser informadas sobre o processo de abortamento e sobre todos os procedimentos a que serão submetidas, sobre o propósito e o tempo de duração previsto, o que é esperado e os benefícios, bem como as possíveis reações (Schott et al., 2007). ▪ A situação da perda da gravidez é por si mesma um stressor, que se agrava com o internamento hospitalar. O stresse pode constituir uma barreira à comunicação. A enfermeira pode apoiar e ajudar identificando as necessidades e expectativas da mulher e ajudando a alcançá-las. Torna-se fundamental a adoção de atitudes e comportamentos como: estar disponível e presente, escutar ativamente, facilitar a comunicação, usar um tom de voz calmo, usar linguagem não verbal como o sorriso, o toque e o contacto visual, assegurar a continuidade dos cuidados apresentando os outros cuidadores, encorajar a cliente a perguntar sempre que não tenha compreendido, estar preparada para repetir ou explicar as informações sempre que necessário e, ainda, apoiar com respeito (Schott et al., 2007).

- Gerir medicação em SOS.

- Ensinar sobre autocontrolo da dor.

- Interpretar sinais de cansaço.

- Assistir nascimento, conforme apropriado.

- Informar sobre causas de abortamento.

- Ensinar sobre a recuperação física.

- Promover a adoção de estilos de vida saudáveis.

- A cliente deve ser informada sobre a possibilidade de administração de medicamentos analgésicos e antieméticos, entre outros, para minimizar dor, vômitos e desconforto.

- O uso de técnicas de relaxamento, de respiração controlada, de imaginação dirigida, ou de posicionamento antiálgico aumentam o autocontrolo e ajudam a desviar a atenção da dor.

- Nem todos os momentos são propícios à interação ou diálogo. O profissional deve estar presente sem se impor e criar outras oportunidades, sobretudo para ações de informar ou ensinar (Moulder, 2002).

- Conforme o tempo de gestação, é importante informar a mulher sobre o mecanismo de expulsão do feto ou tecidos fetais. A enfermeira deve examinar o feto ou os tecidos expulsos e possibilitar à mulher a visualização se assim o desejar, ou evitá-la se preferível. Deve prepará-la, explicando o que pode ver, e manter o adequado cuidado no uso dos termos, tendo em conta o significado que a perda teve para a “mãe” (Schott et al., 2007; Moulder, 2002).

- Apesar de ser difícil encontrar uma justificação para determinado abortamento é importante falar sobre as possíveis causas, de forma a evitar que a mulher se possa culpabilizar. Perceberem que era uma situação que não podiam controlar ajuda a aceitação e, conseqüentemente a ultrapassarem o evento (Atthey & Spielvogel, 2000).

- É importante que cada mulher compreenda que o tempo de recuperação é variável, mas que há fatores que contribuem para isso como: uma alimentação saudável, o repouso, a ocupação com atividades reconfortantes e do seu agrado, atividades lúdicas. Permanecer em ambientes potenciadores do bem-estar e da autoestima é fundamental (Moulder, 2002; Tsartsara & Johnson, 2002). As atividades de vida diária devem ser retomadas de forma gradual e de acordo com as capacidades da mulher. Solicitar, ou aceitar, o apoio familiar ou de amigos é uma forma de zelar pela sua saúde. A recuperação física exerce grande influência na recuperação psicológica.

- Determinados comportamentos podem interferir na capacidade fértil e no desenvolvimento normal de uma gravidez. O tabaco, o álcool, ou outras drogas, o índice de massa corporal abaixo ou acima dos valores padrão e a exposição a produtos tóxicos, encontram-se entre os comportamentos de risco que podem ser modificados se a mulher tiver conhecimentos e vontade (DeCherney & Nathan, 2004; Lerner, H., 2003).

- Ensinar sobre a regularização do ciclo hormonal:

- Lactação, ciclo menstrual, contraceção, sexualidade.

- Consulta de enfermagem quatro a seis semanas pós-perda:

- Avaliação da recuperação física e do ciclo menstrual.

- O fim da gravidez acarreta uma série de alterações ao nível fisiológico e psicológico. Perceber que as alterações hormonais podem interferir no seu estado emocional e na sua sensação de bem-estar, ajuda-as a lidarem melhor com essas manifestações e a aceitarem-nas como transitórias. É frequente a labilidade emocional, ou a diminuição da libido.

A menstruação surge três a quatro semanas depois e pode ser vista como a reconfirmação de que não existe gravidez, mas também como a recuperação fisiológica para engravidar.

No caso de perdas mais tardias é importante ensinar sobre medidas supressoras da lactação como a aplicação de frio e contenção local, ou até medicação.

Tentar, ou não, uma nova gravidez será opção do casal. Para muitas mulheres há uma urgência nessa decisão, e embora sob o ponto de vista fisiológico isso possa acontecer sem problemas, o mesmo pode não acontecer ao nível psicológico (Moore et al., 2011). Será importante avaliar a sua capacidade para gerir o stresse associado a uma nova gravidez, antes de resolvido o luto, se presente.

- Este momento será ideal para avaliar a retoma das atividades de vida e para a avaliação da recuperação ao nível fisiológico e emocional (Swanson et al., 2007; Swanson et al., 2009).

LUTO

INTERVENÇÕES

- Facilitar o processo de luto:
 - Ensinar sobre luto;
 - Oferecer orientação antecipada;
 - Ensinar sobre diferentes padrões de luto masculino/feminino, conforme apropriado;
 - Estimular a comunicação entre o casal;
 - Informar sobre aspetos dificultadores do luto;
 - Ensinar sobre estratégias adaptativas;
 - Envolver o companheiro/família.

JUSTIFICAÇÃO

- A maioria das mulheres/casais sabe pouco sobre o processo de luto e esse desconhecimento pode dificultar-lhes a adaptação, individualmente e como casal, podendo interferir na própria relação conjugal. É benéfico possuírem informação sobre o que é possível acontecer, de modo a perceberem as reações e a aceitarem-nas como normais. Saberem que entre o casal há formas diferentes de viverem e sentirem a experiência e, conseqüentemente, de exprimirem as emoções ajuda-os a compreenderem-se e apoiarem-se mutuamente. Cada um fará o luto a seu modo e a seu tempo, utilizando estratégias adaptativas diferentes (Gerber-Epstein et al., 2009). No entanto, é fundamental que a comunicação se mantenha entre ambos para perceberem as necessidades de cada um, a qualquer momento. A mulher, mais do que o homem, apresenta uma grande necessidade de falar do evento e de ser ouvida. Procurar outra pessoa que a possa ajudar nessa tarefa pode constituir um fator facilitador (Moulder, 2002).

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contactar telefonicamente: <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar processo de recuperação; - Incentivar manutenção de atitudes positivas; - Disponibilizar cuidados. ▪ Consulta de enfermagem <ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar luto e bem-estar, segundo escala. - Avaliar estado emocional 	<p>O afastamento temporário de locais ou situações que lhe lembrem a gravidez, ou o bebé que perderam pode ser aconselhável.</p> <p>Compete aos enfermeiros ajudar as mulheres a encontrarem as estratégias mais facilitadoras, incentivando-as a comprometerem-se na sua manutenção para ultrapassarem o evento mais rapidamente. Quando a mulher recupera o seu sentimento de estabilidade, ela sente que controla o seu corpo e também a sua vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seria recomendável um contacto telefónico ao fim de duas semanas (Athey & Spielvogel, 2000). Uma breve entrevista permitiria a avaliação da adaptação da mulher à sua condição, daria oportunidade para clarificar dúvidas, para reforçar comportamentos e para reforçar a sua confiança e esperança (Adolfsson, 2011; Tsartsara & Johnson, 2002). A necessidade de ajuda nem sempre se acompanha da respetiva procura, pelo que se recomenda aos profissionais a antecipação em disponibilizar cuidados (Séjourmé et al., 2010). <p>O papel dos enfermeiros nestas situações não se esgota nos cuidados ao nível hospitalar, pelo contrário, é fundamental no acompanhamento que deve ser continuado quando a mulher regressa a casa (Tsartsara & Johnson, 2002). O processo de luto pode ser longo e com oscilações no seu decurso que nem sempre são compreendidas pela mulher. É de extrema importância a monitorização do luto e do bem-estar, dada a sua inter-relação, tal como o incentivo e o apoio ao uso das estratégias adaptativas, e a avaliação da sua eficácia. O acompanhamento permite identificar, precocemente, situações mais complicadas, passíveis de intervenção especializada (Athey & Spielvogel, 2000; Thompson, 2009).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No final da quarta/sexta semana pós-perda seria recomendável uma consulta de enfermagem. Esse seria o momento ideal para a monitorização do luto e do bem-estar, utilizando-se instrumentos como a PBGS e o W-BQ12, associando-se a avaliação emocional e psicológica (Klier et al., 2000; Swanson et al., 2007; Swanson et al., 2009).
---	--

ESPERANÇA**INTERVENÇÕES**

- Promover a esperança:
 - Estimular a mulher a identificar razões de esperança na vida;
 - Encorajar relações terapêuticas com as pessoas importantes;
 - Encorajar a participação em ações sociais ou comunitárias;
 - Ensinar a reconhecer a realidade;
 - Reconhecer o evento como um aspeto circunstancial da vida;
 - Advogar a manutenção de objetos relativos à gravidez ou bebé como memórias;
 - Encorajar para atividades ou grupos de autoajuda;
 - Empoderar para aumentar a autoestima.

JUSTIFICAÇÃO

- A esperança é uma emoção que traduz a confiança em si própria, nos outros e no futuro. É uma resposta humana essencial na adaptação a um evento ou situação de vida negativa. É crucial numa situação de vivência de stresse como a perda da gravidez e de adaptação a uma situação de incerteza perante o futuro.

A esperança é subjetiva e integra as crenças culturais, espirituais e religiosas de cada pessoa.

A mulher tem direito a cuidados que envolvam o apoio emocional e espiritual, tendo em conta a sua reintegração social, de modo a evitar o isolamento e a angústia espiritual (Swanson, 1999b).

A esperança associa-se ao otimismo, à capacidade de traçar objetivos e à mobilização de energia que visa a sua concretização. É acreditar que é possível e que podemos controlar ou transformar a nossa vida. É acreditar que o momento seguinte será melhor do que o anterior, que poderemos ultrapassar. É acreditar que a vida vai voltar a sorrir. É tentar encontrar um sentido lógico na vida, quando tudo parece perdido (Jansson & Adolfsson, 2011; Tugade & Frederickson, 2007).

A esperança é fundamental para se viver com a melhor condição de vida possível.

Espera-se que os enfermeiros ajudem estas mulheres a potenciarem os seus mecanismos pessoais para enfrentarem esta adversidade da vida. A encará-la mais como um desafio do que como uma ameaça. Que respeitem a dor pelo que não pode ser mudado. Que tranquilizem a mulher, de modo que ela atinja um equilíbrio emocional que lhe permita a manutenção da capacidade de reagir, enfrentando a situação de uma forma mais positiva. Que clarifiquem crenças erróneas. Importa assistir as mulheres no estabelecimento de objetivos, sem esquecer a realidade. É fundamental analisar dados sobre a situação, fazer planos contingenciais e evitar mascarar a realidade (Walker, 2010).

Encorajá-las na comunicação expressiva de emoções e na promoção de pensamentos positivos, elogiando os resultados obtidos.

Orientar a mulher para a positividade, através das relações com os outros, promovendo os laços familiares e sociais. O estabelecimento de novas relações como forma de dar e receber força. O envolvimento com os outros numa relação de partilha e ajuda (Zilberman, 2003).

Empoderar a mulher, reconhecendo o seu valor intrínseco e promovendo as suas capacidades no que respeita à satisfação das suas próprias necessidades e à resolução dos seus problemas, através da mobilização dos seus recursos para que atinja o controlo da situação e, em última instância, da sua vida (Jansson & Adolfsson, 2011). A elaboração de um diário de percurso pode ajudar as mulheres quer na expressão de sentimentos e emoções, quer na análise das suas conquistas no difícil processo de ultrapassarem a perda (McLaughlin, 2005).

O encontro com fontes de esperança como sejam fotografias, objetos significativos e memórias alusivas a momentos felizes que tenham vivido fortalecem a crença em que outros momentos de felicidade não de voltar.

A criação de memórias sobre a gravidez ou a existência daquele bebé são igualmente importantes para muitas mulheres (Danielsson, 2008; Kohn & Moffitt, 2000). Trata-se de uma forma de legitimarem a existência daquele filho que, embora não seja reconhecido socialmente, fez parte da vida delas durante algum tempo e irá permanecer para sempre nas suas memórias. Dependendo do tempo de gestação, os artefactos usados para memória podem ser uma simples ecografia, a primeira peça de roupa ou objeto para o bebé, ou até o resultado do teste de gravidez. Na sua ausência, as pessoas podem encontrar outras formas de marcarem esse momento, como por exemplo plantando uma árvore no jardim, escrevendo um poema ou uma história, pintando uma tela, construindo um objeto (Danielsson, 2008).

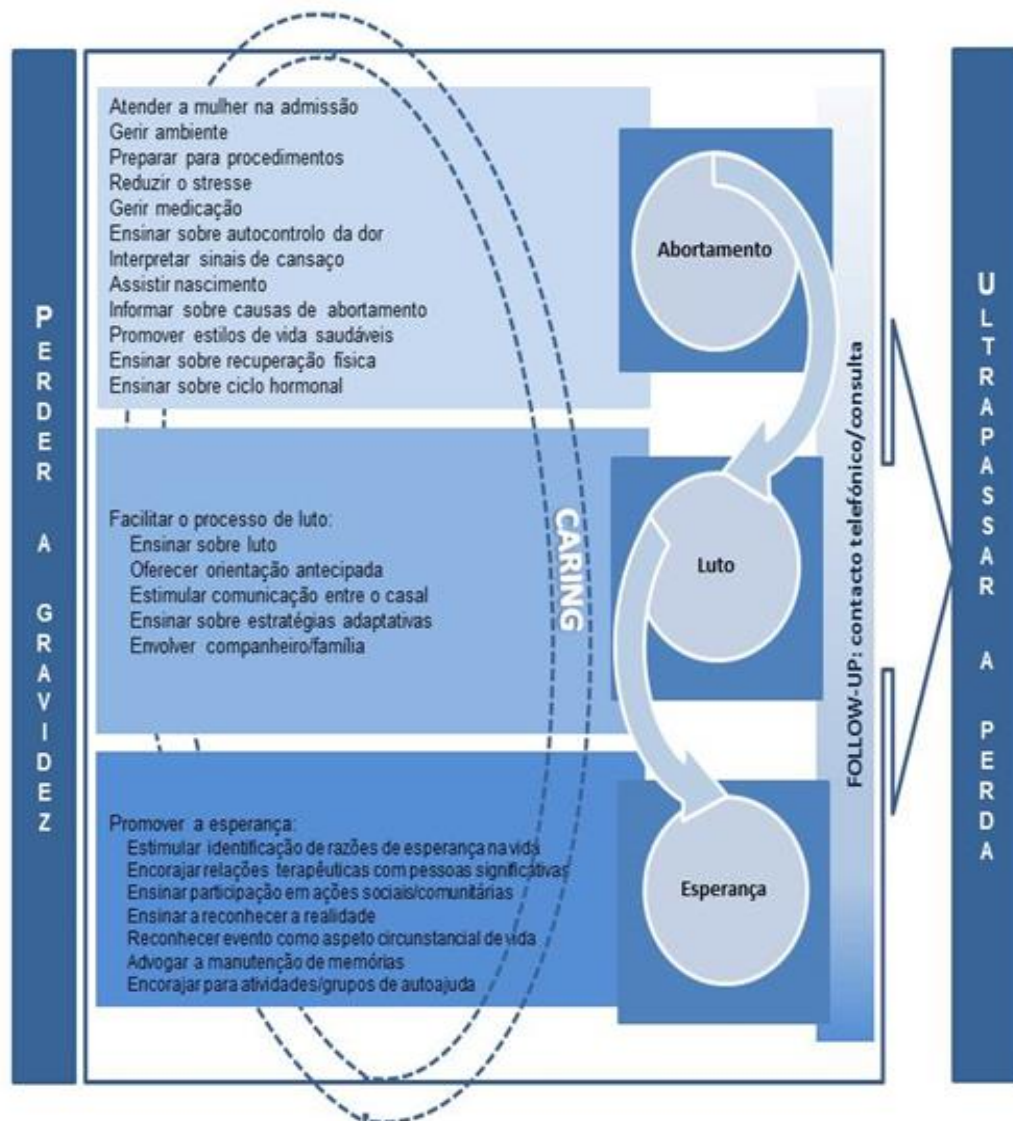
Em alguns países, como o Reino Unido ou os Estados Unidos, algumas instituições hospitalares entregam aos casais um certificado de nascimento, como forma de assinalarem a existência daquela vida que, mesmo curta, fará parte da história daquela família (Schott et al., 2007).

Os grupos de autoajuda proporcionam a obtenção de informações úteis sobre o processo que estão a atravessar, sobre estratégias de superação bem sucedidas, apoio e aceitação social e redução da solidão decorrente do seu sofrimento (Danielsson, 2008; Zilberman, 2003).

Na opinião de Simmons, Singh, Maconochie, Doyle e Green (2006) os enfermeiros têm um papel determinante na definição da experiência de perda e têm a oportunidade de reduzirem o trauma de tal evento e das suas potenciais sequelas.

Enquanto alguns modelos tradicionais na abordagem ao luto colocavam a ênfase em “deixar passar” ou “dar tempo ao tempo” (Earle, Foley, Komaromy & Lloyd, 2008), novos modelos apresentam outras abordagens, tendentes a satisfazerem as necessidades de suporte físico e emocional desde a fase inicial da perda. É nesse sentido que surge o modelo aqui proposto e do qual apresentamos uma representação mais esquematizada na figura seguinte.

Figura 7 - Representação do modelo de intervenção de enfermagem



5 - CONCLUSÃO

A presente investigação teve como foco a problemática da perda involuntária da gravidez, fornecendo importantes contributos para a nossa compreensão teórica e empírica sobre o fenómeno. Desde logo porque envolveu um estudo qualitativo que permitiu aprofundar as vivências e as necessidades em cuidados, manifestadas na primeira pessoa, por mulheres que haviam tido essa experiência há pouco tempo.

O impacto deste crítico evento na vida da mulher/casal/família é múltiplo, e salientámos o luto, o bem-estar, o *coping* e a transição como perspetivas de análise, dada a sua correlatividade, e porque, conseqüentemente, os padrões de resposta podem ser os mesmos ou similares. A esta abordagem acrescentámos, ainda, a perspetiva da satisfação, como indicador da qualidade e do cuidar.

Para o desenvolvimento deste trabalho, formularam-se alguns objetivos e questões que nortearam o seu curso, e serão agora utilizados como eixos orientadores na abordagem final desta investigação.

Os estudos a que tivemos acesso mostraram que tal como cada gravidez é única, conseqüentemente, assim será também a sua perda. Pode envolver um profundo sofrimento e implicar um luto, que será aquilo que cada pessoa que o experiencia diz que é. É uma experiência complexa, simultaneamente universal e individual, que pode desencadear stresse, em que as pessoas podem apresentar uma variedade de reações emocionais e físicas que podem interferir na perceção de bem-estar.

A literatura existente sugere que a perda reprodutiva pode não ser experienciada e compreendida da mesma forma pelos diferentes grupos de pessoas. Na realidade, nunca ninguém está verdadeiramente preparado para essa eventualidade e, quando acontece, cada mulher/casal terá de viver o momento, de encontrar um sentido para a sua experiência e continuar a sua vida. Nesse processo, para além das capacidades individuais de cada mulher e do seu companheiro, assim como das estratégias de *coping* utilizadas, quer individualmente quer como casal, considera-se fulcral uma boa rede de suporte em cuidados de saúde e o apoio familiar e social.

Os profissionais de saúde tornam-se, assim, parte importante no processo de transição e recuperação destas mulheres, embora frequentemente se foquem mais no processo fisiológico do abortamento e, não tanto, nos aspetos emocionais que o envolvem. Surgem necessidades diversas que colocam desafios de mudança aos profissionais, nomeadamente aos enfermeiros, responsáveis pela prestação dos cuidados, de forma a garantirem elevados padrões de qualidade e o maior grau de satisfação das clientes.

Este fenómeno é, ainda, muito dissimulado, pelo que pretendíamos com o nosso estudo tornar mais visíveis as necessidades que essas mulheres manifestaram ou manifestavam, sobretudo se sensíveis aos cuidados de enfermagem, e analisar o nível de recuperação que evidenciavam quatro a oito semanas depois. Assim, com o recurso a instrumentos que após validação foram considerados fidedignos, analisámos os *scores* de luto e a perceção de bem-estar que apresentavam.

Estas perdas não se esquecem e pode permanecer um sentimento de tristeza residual, por isso, consideram-se reações de luto normais as que, apesar de dolorosas, movem a pessoa para a aceitação da perda e para a capacidade de continuar a sua vida. Podemos dizer que os resultados obtidos após aplicação da PBGS são considerados compatíveis com o momento pós perda em que se encontravam. Embora muitas mulheres ainda apresentassem sinais de luto ativo, tentavam integrá-lo nas suas vidas, readquirindo confiança em si próprias e nos outros, apresentavam capacidade para reinvestir noutras atividades e, algumas, numa futura gravidez, mostrando interesse em que a vida continuasse, factos que, de acordo com a literatura, são indicadores de uma integração da perda e uma adaptação normal.

A maioria das participantes apresentava uma relação conjugal estável, referindo que o marido/companheiro havia sido a pessoa mais significativa no apoio imediato prestado. A rede familiar direta foi, igualmente, apresentada como um importante recurso, fundamental sobretudo no processo de recuperação.

No nosso estudo, não encontramos relação estatisticamente significativa entre o luto e a idade gestacional no momento da perda. Do mesmo modo, as reações de luto apresentaram-se independentes da idade, do estado civil, da profissão, do número de filhos existentes, do número de gestações e do facto de a gravidez ter sido, ou não, planeada. No entanto, as mulheres que perderam a gravidez no segundo trimestre de gestação, quando comparadas com as que tiveram a perda no primeiro trimestre, apresentaram manifestações mais

acentuadas de apego afetivo ao feto, continuando a acariciar a barriga depois da perda e, ainda, a idealizarem se teria sido um rapaz ou uma rapariga.

O processo de luto é dinâmico e implica um trabalho de adaptação que cada indivíduo tem de fazer a seu modo. Muitas das participantes sentiram como benéfico o regresso às rotinas e às atividades profissionais. Não detetámos situações compatíveis com um luto patológico, no sentido em que não se observaram consequências na saúde mental e física, para além do esperado no momento em consideração.

Tendo presente que a maternidade é uma ideia íntima e culturalmente desenvolvida pela mulher, entende-se que a perda dessa oportunidade possa interferir no seu bem-estar e no julgamento que pode fazer da sua vida. O *bem-estar subjetivo* tem por base um balanço entre sentimentos positivos e negativos, que pode ser desequilibrado perante um evento crítico. As participantes neste estudo apresentavam níveis satisfatórios de *bem-estar positivo*, e de *energia* abaixo do valor médio, revelando, no entanto, satisfação com a sua vida pessoal e entusiasmo e confiança para continuarem o seu percurso.

Verificámos que a perceção de *bem-estar geral* que manifestavam não variava em função da idade, profissão, estado civil, ter filhos, planeamento da gravidez, número de gestações, idade gestacional no momento da perda, e o facto de terem, ou não, sido submetidas a procedimentos cirúrgicos no abortamento.

As mulheres que haviam perdido a gravidez há mais tempo evidenciaram níveis de *energia* superiores, o que nos permite inferir que, à medida que recuperavam física e psicologicamente do evento negativo, os níveis de *energia* aumentavam, o que é compatível com um processo de recuperação salutar.

Observou-se que as mulheres sem filhos reportaram um nível de *bem-estar positivo* superior ao das mulheres com filhos. Embora os estudos não evidenciem diferenças estatisticamente significativas nas respostas à perda, devidas à existência/inexistência prévia de filhos, o certo é que, muitas vezes, as mulheres sentem a perda da gravidez desvalorizada pelo facto de já terem outros filhos, sendo isso visto pelos outros como uma forma de consolo pessoal, podendo por isso, receber um menor reconhecimento da dor e menos apoio familiar ou social, com as consequentes repercussões na sua perceção de bem-estar.

As mulheres desempregadas apresentaram uma perceção de *bem-estar negativo* mais baixa, enquanto nas mulheres pertencentes ao grupo dos técnicos e profissões de nível intermédio se verificou a mais elevada. Não encontramos estudos que nos ajudassem a explicar este resultado, mas pensamos que dada a

conjuntura económico-social atual, em que a vida das pessoas muda bruscamente por privação do trabalho, a perda de uma gravidez, que até pode ter sido planeada, de repente se afigure como uma solução, embora triste, para um emergente problema familiar.

Nas participantes observou-se uma correlação negativa entre a perceção de *bem-estar geral* e o luto, isto é, quanto maior a perceção de *bem-estar* que apresentavam, menor a expressão do luto, ou seja, evidenciavam um luto mais resolvido. Por outro lado, as mulheres com a perceção de *bem-estar negativo* apresentavam sinais de luto mais ativo, menos resolvido.

O estudo qualitativo efetuado, com o recurso a entrevistas, permitiu responder ao objetivo de percebermos quais as necessidades, sensíveis aos cuidados de enfermagem durante o processo de abortamento, no hospital, e depois da alta hospitalar, durante a fase de recuperação pós-perda, e identificar as estratégias de adaptação utilizadas. Do material analisado emergiram três temas: viver a perda, ser cuidada e ultrapassar a perda, aos quais se associaram as respetivas categorias (quinze) e subcategorias (trinta e cinco).

Viver a perda - traduziu a forma inicial como a mulher se confrontou com a perda da gravidez e do futuro filho, bem como o significado que ela achou que esse evento teve para os outros conviventes significativos. Este tema emergiu das três categorias: Impacto da perda na mulher/casal; Confronto com a realidade; Reconhecimento da perda e da dor.

A vigilância precoce, bem como a utilização dos meios auxiliares de diagnóstico, como a ecografia, propiciaram que um grande número das perdas gestacionais fosse confirmado num momento considerado de rotina, o que fez com que essas perdas fossem vividas num contexto médico, formal. Por vezes, essa notícia foi transmitida de forma menos cuidada, durante o próprio exame, originando respostas intempestivas, e evidenciando que estes casos, por vezes, foram tratados como uma rotina, não se verificando quaisquer procedimentos específicos para estas mulheres após a consulta, no que respeita ao apoio. Não existe, na maioria dos casos, uma enfermeira de apoio nestes serviços, ou não existe o cuidado necessário para que a senhora se recomponha do choque num espaço isolado, facultando-lhe a possibilidade de contactar algum familiar antes de ir embora.

Torna-se difícil definir a natureza destas perdas, embora fosse algo que não conheciam, para muitas das participantes já era uma história, um sonho, uma fantasia ou uma esperança. Nesse sentido, após a expulsão/nascimento muitas

queriam ver o seu “bebé”, enquanto outras não desejavam. De uma forma geral, podemos falar da impreparação que as mulheres têm sobre o que poderão observar, querendo ou não. Raramente os enfermeiros têm em conta a oportunidade de uma decisão informada da mulher/casal em ver, ou não, o feto.

Entre as nossas participantes, o significado atribuído à perda da gravidez foi variado, tal como as reações subsequentes, no entanto, os cuidados prestados pelos enfermeiros raramente tiveram em conta as diferentes necessidades decorrentes desse facto.

De uma forma global, as participantes referiram como muito positivo a presença e proximidade dos maridos/companheiros durante o período que rodeou a perda das gravidezes, sobretudo na fase de impacto. Enquanto para o acompanhamento de mulheres em situação de trabalho de parto existe legislação que suporta o seu acompanhamento, para as mulheres em situação de abortamento não existe nada como referência. Muitas instituições adequaram os seus serviços nesse sentido, quer sob o ponto de vista estrutural quer de processo, mas outras parecem estar ainda longe de reconhecerem as necessidades específicas que estas mulheres apresentam e os cuidados de qualidade a que têm direito, tal como verificado em uma das instituições em que decorreu o nosso estudo.

Os discursos das participantes revelaram a dificuldade que sentiram em lidar com a desvalorização atribuída à perda da gravidez em função da idade gestacional, dado que, numa fase inicial, muitas pessoas podem não considerar o feto como um bebé e, também, quando já existem outros filhos. Elas sentem que os outros veem este evento como uma complicação médica da gravidez, mais do que como a perda da esperança, do sonho, de um desejado bebé e do seu papel maternal. Como tal, o tratamento aplicado resolveria tudo e o retorno ao trabalho significaria a cura e o retorno à atividade normal. Estas reações levam a que as mulheres se isolem e beneficiem pouco do apoio social, podendo dificultar a sua recuperação.

Ser cuidada - traduziu a forma como a mulher percecionou a experiência de ser cuidada, tendo em conta o internamento na instituição de saúde, sob o ponto de vista físico e organizacional, os cuidados prestados pelos médicos e enfermeiros, atendendo às suas necessidades e, ainda, a forma como foi cuidada pelos familiares durante o internamento. Este tema emergiu das quatro categorias que revelaram essa experiência: Na instituição; Pelos médicos; Pelos enfermeiros; Pelos familiares.

Para muitas das participantes no nosso estudo, tratou-se de um primeiro internamento hospitalar. A hospitalização constituiu para muitas, uma surpresa, dada a parca informação que sobre isso lhes foi fornecida. Referem-se aqui alguns dos aspetos que sobressaíram na nossa investigação como menos positivos e, resultantes da estrutura orgânica e funcional dos serviços hospitalares, com repercussões particulares na assistência às mulheres numa situação como esta. De uma forma geral, dadas as características clínicas e incidência dos casos, elas foram admitidas através do serviço de consulta ou urgência obstétricas e alojadas num serviço de ginecologia ou, na pior das hipóteses, de obstetrícia. Tornaram-se, assim, casos clínicos da ginecologia ou da obstetrícia. Não tendo qualquer patologia ginecológica, nem tão pouco continuando grávidas, ficaram junto de outras mulheres inseridas nesses grupos, com condições muito diferentes das suas e com as quais se identificavam pouco, para além de se tornar constrangedor no caso de ficarem em serviços de obstetrícia ou maternidade.

A forma como estes serviços se encontram organizados tem, sobretudo, em conta a rentabilização dos recursos humanos, com o predomínio da centralidade conferida aos profissionais de saúde, sobretudo ao médico e, raramente, à utente.

Das três instituições hospitalares onde efetuámos o nosso estudo, só em uma delas o serviço está organizado em função destas clientes, de modo a não haver contacto com outras situações obstétricas ou ginecológicas, permanecendo a cliente na sua unidade, embora podendo ter ao seu lado mulheres numa situação idêntica, e deslocando-se os profissionais para lhes prestarem os cuidados necessários.

Numa outra, o processo é exatamente ao contrário: sempre que a senhora necessita de ser avaliada, desloca-se até ao serviço onde normalmente o médico está, a urgência obstétrica, que é anexo ao bloco de partos e em cuja sala de espera se encontram todos os casos de ginecologia e obstetrícia onde inúmeras grávidas aguardam atendimento.

Encontrámos na terceira instituição um modelo organizacional diferente de qualquer um dos anteriores, embora incluindo aspetos que existem em ambos. Aqui, as senhoras ficam num quarto, situado no bloco de partos, mas os profissionais de saúde deslocam-se lá para lhes prestarem os cuidados. No entanto, por questões de gestão de profissionais ou lotação de utentes, podem colocar na mesma unidade, na cama do lado, outra senhora em trabalho de parto que, embora numa fase inicial, permanecerá com monitorização fetal contínua, com

o som alto, para facilitar o controlo pelos enfermeiros que se encontram nas boxes de parto próximas.

Um outro aspeto que causou alguma insatisfação nas nossas participantes foi o facto de terem de esperar bastante tempo para serem atendidas, quase sempre junto de grávidas. Sentiam-se como casos de urgência, mas atendidas como casos de baixa prioridade.

Algumas mulheres reportaram falhas na circulação da informação, necessária para a gestão dos cuidados, entre os vários serviços por onde circularam. Isso pode ser entendido como desinteresse, negligência, desorganização, contribuindo para uma má imagem e para a desconfiança sobre a qualidade dos serviços prestados.

O facto de o internamento ser, normalmente, curto e com escassas intervenções destinadas a resolver a situação clínica e aguda, pode, erradamente, contribuir para desvalorizar a sua experiência e sofrimento psicológico. Trata-se de uma situação que não se pode evitar ou curar. Não reconhecem a situação de transição, a existência de um luto, a ameaça ao bem-estar, nem as necessidades que este acontecimento acarreta para a mulher/casal.

A disponibilidade para apoiar, apresentada pelos enfermeiros, não era uniforme, dependendo muito das características pessoais de cada um deles, independentemente de possuírem ou não formação especializada na área da saúde materna. Segundo as participantes, à semelhança do que acontece durante o trabalho de parto, também no trabalho de abortamento seria importante a presença frequente de alguém que apoiasse, num processo tão doloroso, e informasse sobre o desenrolar da situação, não só a mulher mas o casal. Algumas referiram que os cuidados se limitaram à satisfação das necessidades físicas, ou a intervenções resultantes de prescrição.

O processo de abortamento foi descrito pela maioria das mulheres como muito doloroso e desconfortável. Para além da eventual medicação analgésica, nenhuma recebeu informação sobre técnicas de relaxamento ou outras medidas para alívio da dor e desconforto.

A falta de informação sobre todo o processo de abortamento foi referida pela maioria das participantes. No momento crítico, sendo provável que as clientes evidenciassem uma grande inibição para o questionamento, era esperado que os enfermeiros prestassem uma ajuda importante antecipando as necessidades de informação e explicações. Sobre informação, as necessidades mais referidas, abarcaram não só o processo de abortamento e as suas possíveis causas, como o

processo fisiológico de recuperação, os sinais e sintomas de alerta, as necessidades nutricionais, de sono e repouso, de conforto e distração; sobre o processo de luto e as diferentes vivências e respostas entre o casal; sobre como explicar o sucedido aos outros filhos; sobre *coping* e sobre fontes de suporte; sobre sexualidade e contraceção; sobre o retorno da ciclicidade hormonal; sobre como encarar os outros e retomar rotinas de trabalho; sobre quando tentar nova gravidez.

A inexistência de protocolos e a constante pressão do tempo para gerir o trabalho a que os enfermeiros estão sujeitos, propicia que não desenvolvam e implementem, de forma constante, as competências e habilidades necessárias para ajudarem estas famílias após a perda da gravidez, para além do conhecimento médico imposto. Observa-se, assim, uma certa desvalorização da preparação para o regresso a casa. A alta hospitalar deveria ser planeada pelos profissionais, nomeadamente pelos enfermeiros, e de acordo com as necessidades de cada mulher/casal. A informação deveria ser oferecida de forma clara e precisa, sem esperar que a utente a procurasse. Trata-se de um indicador de boa prática que, de acordo com as nossas participantes, raramente se verificou.

Apesar de todos estes aspetos menos positivos que salientaram sobre a forma como foram cuidadas, a maioria das mulheres referiu sentir-se satisfeita com os cuidados, sobretudo quando proporcionados pelos enfermeiros. A verdade é que as expectativas também eram muito baixas. Observámos frequentemente um grande desconhecimento sobre o papel dos enfermeiros e sobre o que é esperado de um serviço de qualidade. Existe um vasto repertório de histórias e experiências negativas, relatadas por outros, que configuram as expectativas que transportam consigo. Se a sua história não se configurar assim, desse mesmo modo, então já será motivo de satisfação.

Ultrapassar a perda - traduziu a forma como a mulher sentiu que ultrapassou o evento e quais os fatores que contribuíram positiva e, negativamente, nesse percurso. O tema emergiu das seguintes categorias: Rede de suporte; Estratégias facilitadoras/Coping; Comunicação; Partilhar experiência; Luto e Bem-estar; Retomar atividades; Integrar a perda e Perspetivas futuras.

A maioria das mulheres referiu como fundamental o suporte conjugal, embora muitos homens evidenciassem uma grande dificuldade em se exprimirem emocionalmente. Essa aproximação entre o casal teve, para muitas, um efeito positivo na própria relação conjugal. Embora muitas tivessem sentido esse apoio, observou-se que nem sempre a comunicação fluiu entre o casal, pela diferente forma de, homem e mulher, se expressarem emocionalmente e pela diferente forma

de fazerem o luto. Como pouca ou nenhuma informação nesse sentido é dada ao casal quando deixa a instituição de saúde, a parcela das nossas participantes que teve a oportunidade de conversar com os companheiros, mesmo que só nos primeiros tempos, contentou-se com esse facto, entendeu isso como positivo, da mesma forma que entendeu que, a partir de um certo momento, o resto do processo seria com elas, tornando-se assim uma coisa pessoal, vivida isoladamente e que teria de ser resolvida por elas.

A família direta e, por vezes, os amigos foram considerados uma fonte de natural e social suporte numa primeira linha de intervenção, apesar dessas pessoas nem sempre saberem o que dizer ou de que forma poderiam ajudar. Algumas mulheres referiram ter sido muito positivo o apoio que receberam de amigas, ou de outras mulheres, que haviam passado por uma experiência idêntica.

Embora este apoio familiar e social estivesse presente, nem sempre durou o tempo necessário para a mulher. As pessoas tendiam a esperar que o evento se dissipasse rapidamente e tudo voltasse à normalidade na vida da mulher que o viveu, o que contribui para que a resolução do luto se faça num processo muito intimista e, por vezes, mais lento.

No nosso estudo, as estratégias que as participantes mais utilizaram, no sentido de ultrapassarem a perda de forma mais eficaz, orientaram-se em dois grupos: de evitamento e de adaptação, embora com predomínio das adaptativas, que envolveram atividades multivariadas. Observámos que, de uma forma mais intuitiva, ou mais cognitiva, a maioria das participantes encontrou as suas estratégias para se adaptar à situação. Algumas mulheres, talvez de uma forma mais ou menos intuitiva, optaram por estratégias de distração ou ocupação física e mental. Para outras, os filhos constituíram uma fonte de ocupação extraordinária, no sentido em que era importante manter as rotinas das crianças e as solicitações de atenção eram constantes. Centrar o pensamento nessas atividades tão variadas impedia que se focassem na sua tristeza.

O recurso a um grupo de apoio não foi referido como fundamental por todas as mulheres, observando-se uma tendência natural para procurarem resposta para as suas necessidades junto daqueles mais próximos, ou até em si próprias. Algumas manifestaram esse interesse, mas após esgotados os outros recursos, ou como estratégia a utilizarem mais tarde. No entanto, outras referiram que gostariam de ter essa experiência, pensando que seria benéfica. A possibilidade de apoio, disponibilizado por telefone por uma enfermeira, mostrou-se uma hipótese muito atrativa para muitas mulheres, dado que não implicava deslocação, nem a

exposição física aos olhares de um outro, facilitando a verbalização de sentimentos, emoções e necessidades de uma forma menos constrangedora. Apesar de todas estas variantes, a maioria das mulheres mencionou a necessidade de uma qualquer forma de apoio após a perda da gravidez.

Apesar dos resultados da avaliação do luto e da percepção de bem-estar serem sugestivos de uma boa recuperação no momento, muitas mulheres, quando questionadas diretamente sobre os seus sentimentos e emoções exprimiram sinais de um luto ativo, com grande labilidade emocional. Manifestavam, ainda, grande dificuldade em verem e contactarem com a realidade de outras grávidas e bebés. Essa visão lembrava-lhes, dolorosamente, o que perderam, ou o que poderiam ter se tudo tivesse corrido bem, acentuando-lhes ainda a incerteza do futuro.

Na ausência de quaisquer rituais associados a este tipo de perdas, as mulheres sentiram como importante marcar o momento, e encontraram algumas formas simples de criar memórias, guardando alguns objetos relacionados com aquele “bebé”, embora algumas o fizessem de uma forma mais ou menos velada.

Em síntese, pensamos que este estudo ajudou a desocultar as variadas necessidades em cuidados manifestadas pelas mulheres em situação de e, após, uma perda de gravidez. Interessavam-nos, de sobremaneira, aquelas sensíveis aos cuidados de enfermagem. Tal como em muitos outros estudos, também aqui se observa que a qualidade dos cuidados se atinge mais facilmente no domínio técnico e que, apesar de todos os esforços, com maior dificuldade no domínio relacional. O nosso estudo evidencia, do mesmo modo que outros, que as mulheres necessitam de cuidados de enfermagem que vão além dos procedimentos técnicos, esse modelo é insuficiente para as cuidar integralmente. A prática profissional dos enfermeiros com estas mulheres, deveria orientar-se, não só para as manifestações somáticas, mas igualmente para a compreensão das emoções e dos sentimentos expressos, compreendidos no contexto do significado que a gravidez tem para cada uma delas.

Esta realidade leva-nos à proposta de um modelo de cuidados tendo subjacente uma visão humanista - *caring* - através de uma forma de relacionamento crescente com o outro, por quem nos devemos sentir pessoalmente empenhados e responsáveis. Acreditamos que os indivíduos têm a capacidade para encontrarem sentido para os eventos, mesmo os mais negativos, e para os integrarem nas suas vidas e experienciarem bem-estar, a qual será reforçada se forem cuidados por enfermeiros conhecedores das respostas humanas para o problema que apresentam.

Alicerçada nos fatores terapêuticos da *Caring Theory* (conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a esperança) poderemos desenvolver e consolidar uma prática de enfermagem em que se valorizem as transações dinâmicas de humano para humano, com tudo o que elas comportam, mas também os conhecimentos científicos, o empenhamento, os valores humanos, o compromisso pessoal, social e moral dos enfermeiros que, em última instância, configuram um cuidar de excelência.

Ultrapassar a perda de uma gravidez depende de vários mecanismos pessoais que podem ser reforçados pela forma como as mulheres são cuidadas, nomeadamente durante a fase de abortamento, no apoio ao luto e à manutenção do bem-estar, potenciando as suas capacidades para encontrarem esperança no futuro e efetuarem uma transição saudável. Com base nestes princípios de *caring* delineámos um modelo de intervenção de enfermagem que respondesse às necessidades das mulheres que sobressaíram neste estudo, orientando as intervenções terapêuticas para as necessidades resultantes do abortamento, envolvendo todo o processo físico; para as necessidades resultantes do luto, de modo a enfrentá-lo e resolvê-lo da forma mais harmoniosa pelo casal; e intervenções promotoras e potenciadoras da esperança, na vida e no futuro. A possibilidade de um acompanhamento para monitorização deste processo, parece-nos vital.

O decurso deste trabalho foi longo, por variados fatores, como o tempo decorrido para as respostas de autorização dos Conselhos de Ética, uma vez que estavam implicadas três instituições hospitalares. A obtenção do número de participantes constituiu uma outra dificuldade. Embora a receptividade das mulheres fosse enorme quando contactadas no momento da perda, posteriormente, no momento do segundo contacto, muitas desistiam porque se tornava doloroso visitar a perda. Dessa forma a colheita de dados acabou por se prolongar muito para além do tempo previsto.

Os momentos de contacto com as mulheres, no hospital e depois nas entrevistas telefónicas e presenciais, foram de grande satisfação pessoal e profissional, pela oportunidade que nos deram de transmitirmos a nossa compreensão e apoio e, ainda, pelo reconhecimento que nos manifestaram.

Gostaríamos de, e é nossa intenção, dar continuidade a este trabalho, através de algumas ações:

- disseminação dos resultados do estudo, começando pelas instituições onde ele decorreu. Promover ações de debate nas equipas de enfermagem,

potenciadoras de uma prática de cuidar baseada no *caring*, para responderem às necessidades destas mulheres;

- elaboração de uma brochura que proporcione informação escrita às mulheres, para lhes ser disponibilizada no momento da alta. Considerando que muitas dúvidas surgem posteriormente, quando as pessoas acalmam e tentam refletir sobre a experiência, entendemos que possuírem uma fonte de informação acessível e credível, que as ajude a interpretar e compreender as reações e respostas que podem surgir, será importante;

- implementação de uma ação de parceria com alguma das instituições hospitalares, disponibilizando um trabalho pessoal e voluntário de apoio e preparação para a alta de mulheres em situação de perda da gravidez.

- criação de um grupo de apoio, com mulheres que tivessem passado pela mesma experiência.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abboud, L. & Liamputtong, P. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 3-18.

Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo.

Adami, N. P. (2000). A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13, número especial, Parte I, 190-196.

Adolfsson, A. (2011a). Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 29-39.

Adolfsson, A. (2011b). Women's well-being improves after missed miscarriage with more active support and application of Swanson's Theory. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 1-9.

Adolfsson, A. (2006). Miscarriage: Women's experience and its cumulative incidence. *Linköping University Medical Dissertation*, n. ° 939, Faculty of Health Sciences, Linköping University Sweden.

Adolfsson, A., Larsson, P. G., Wijma, B., Berterö, C. (2004). Guilt and Emptiness: Women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*, 25, 543-560.

Adolfsson, A., Berterö, C., Larsson, P. G. (2006). Effect of a structured follow-up visit to a midwife on women with early miscarriage: a randomized study. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85, 330-335.

Aires, L. (2011). *Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.

Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 20(2), 153-164.

Alhusban, M. A. & Abualrub, R. F. (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 17, 749-758.

Alhusen, J. L. (2008). A Literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 315-328.

Almeida, S. L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: APPORT, Associação dos Psicólogos Portugueses.

Alvarenga, P., Dazzani, M. V., Alfaya, C., Lordelo, E. & Piccinini, C. (2012). Relações entre a saúde mental da gestante e o apego materno-fetal. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 477-484.

Álvarez, M. I. (2007). Como transcorre um duelo? Fases. In Wilson, A., Magdalena, P., Ángel, I. & Ana, O. (Eds.), *Acompañamiento en el Duelo y Medicina Paliativa* (pp. 31-38). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

Andrade, V. M. M., Silva, V. P., Silva, L. R., (2004). Percepção das mulheres no cuidado de enfermagem frente a situação de aborto. *Revista de Pesquisa: Cuidado Fundamental*, 8(1/2), 121-129. Disponível em: <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/13%202004.pdf>

Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., Bandeira D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*. 3(2), 273-294.

Armstrong, D. (2001). Exploring fathers' experiences of pregnancy after a prior perinatal loss. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26(3), 147-153.

Armstrong, D. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 339-345.

Athey, J. & Spielvogel, A. (2000). Risk factors and interventions for psychological sequelae in women after miscarriage. *Primary Care Update for Ob/Gyns*, 7(2), 64-69.

Avelin, P., Radestad, I., Säflund, K., Wredling, R. & Erlandsson, K. (2012). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.06.007>

Averill, J. (1968). Grief is nature and significance. *Psychological Bulletin*, 70, 721-748.

Ayres de Campos, Montenegro & Rodrigues (Eds.) (2008). *Protocolos de medicina materno-fetal* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.

Bacidore, V., Warren, N., Chaput, C. & Keough, V. (2009). A collaborative framework for managing pregnancy loss in the emergency department. *Journal of Obstetric Gynaecology and Neonatal Nursing*, 38, 730-738. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01075.x

- Backes, D., Silva, D., Siqueira, H. & Erdmann, A. (2007). O produto do serviço de enfermagem na perspectiva da gerência da qualidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 28(2), 163-170.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (5ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Barr, P., Cacciatore, J. (2008). Problematic emotions and maternal grief. *Omega*, 56(4), 331-348. doi: 10.2190/OM.56.4.b
- Bazotti, K. V., Stumm, E. F. & Kirchner, R. (2009). Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos das mulheres que sofreram abortamento. *Texto e Contexto Enfermagem*, 18(1), 147-154.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bensouilah, J. (2011). *Pregnancy loss: a guide to what complementary and alternative medicine can offer*. London: Radcliffe Publishing.
- Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 171-209.
- Bernazzani, O. & Bifulco, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56, 1249-1260.
- Bettinelli, L., Waskiewicz, J. & Erdmann, A. (2003). Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. *O Mundo da Saúde*, 27(2), 231-239.
- Beutel, M., Deckardt, R., Rad, M. von & Weiner, H. (1995). Grief and depression after miscarriage: their separation, antecedents, and course. *Psychosomatic Medicine*, 57, 517-526.
- Beutel, M., Deckardt, R., Rad, M. von & Weiner, H. (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 245-253.
- Billings, D., Douglas, W., Folkman, S., Acree, M. & Moskowitz, J. T. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(1), 131-142.
- Black, R. B. (1992). Seeing the baby: The impact of ultrasound technology. *Journal of Genetic Counseling*, 1(1), 45-54.
- Blalock, J. E. & Smith, E. M. (2007). Conceptual development of the immune system as a sixth sense. *Brain, Behavior and Immunity*, 21, 23-33.
- Bonanno, G. A. (2007a). The stage theory of grief. In Letters, *Journal of American Medical Association*, 297(24), 2693.

Bonanno, G. A. (2007b). Grief and emotion: A social-functional perspective. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care* (pp. 493-515). Washington, DC: American Psychological Association.

Bonanno, G. A. & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review, 21*(5), 705-734.

Bonnette, S. & Broom, A. (2011). On grief, fathering and the male role in men's accounts of stillbirth. *Journal of Sociology, 48*(3), 248-265. doi: 10.1177/1440783311413485

Boss, P. (2002). *Family stress management – a contextual approach*. London: Sage.

Bradley, C. (1994). The Well-being Questionnaire. In: C. Bradley, editor. *Handbook of Psychology and Diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (pp. 89-110). Switzerland: Harwood Academic Publishers.

Bridges, W. (1999). *Transitions: Making sense of life's changes*. New York: Perseus.

Brier, N. (1999). Clinical commentary: Understanding and managing the emotional reactions to a miscarriage. *Obstetrics & Gynecology, 93*(1), 151-155.

Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: A review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth, 31*(2), 138-142.

Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: A comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health, 17*(3), 451-464.

Bruce, C. A. (2007). Helping patients, families, caregivers and physicians, in the grieving process. *Journal of the American Osteopathic Association, 107*(12), 33-40.

Bulechek, G. M., Butcher, H. K. & Dochterman, J. M. (2010). *NIC Classificação das intervenções de enfermagem* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.

Burnard, P. (1994). The telephone interview as a data collection method. *Nurse Education Today, 14*, 67-72.

Burke, L. A. & Miller, M. K. (2001). Phone interviewing as a mean of data collection: lessons learned and practical recommendations. *Forum: Qualitative Social Research, 2*(2), Art. 7. Disponível em <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs010271>

Cabral, I. P. (2005). Morte e luto na gravidez e puerpério. In Isabel, L. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 61-91). Lisboa: Fim de Século.

- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: a family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
- Canaval, G. E., Jaramillo, C. D., Rosero, D. H. & Valência, M. G. (2007). La teoría de las transiciones y la salud de la mujer en el embarazo y en el posparto. *Revista Aquichan*, 7(1), 8-24.
- Canavarro, M. C. & Pedrosa A. A. (2005). Transição para a Parentalidade: compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In Isabel, L. (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 225-255). Lisboa: Fim de Século.
- Canella, B. L. (2005). Maternal-fetal attachment: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 60-68.
- Capitulo, K. L. (2005). Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *The American Journal of Maternal - Child Nursing*, 30(6), 389-396.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Cara, C. (2003). Continuing education: A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 51-61.
- Cara, C., Nyberg, J. & Brousseau, S. (2011). Fostering the coexistence of caring philosophy and economics in today's Health Care System. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 6-14. doi: 10.1097/NAQ.0b013e3182048c10
- Carapineiro, G (1993). *Saberes e poderes no hospital: Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Carpenter, D. (2002). Exigências éticas na investigação qualitativa. In H. Streubert & D. Carpenter, *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista* ((2ª ed., pp. 37-47)). Loures: Lusociência.
- Carr, E. C. J. & Worth, A. (2001). The use of the telephone interview for research. *Nursing Times Research*, 6(1), 511-524. doi: 10.1177/136140960100600107
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In B. Carter & M. McGoldrick et al., *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* ((2ª ed., pp. 7-29)). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.

Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Cecil, R. (1994). Miscarriage: women's views of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(1), 21-29. doi: 10.1080/02646839408408864

Center for the Advancement of Health. (2001). *Report on Phase One of Grief Research: Gaps, Needs and Actions*. Washington, DC

Chalmers, B. & Meyer, D. (1992). A cross cultural view of the psychosocial management of miscarriage. *Journal of Psychosomatic and Obstetric Gynaecology*, 13, 163-176.

Chan, M. F. & Arthur, D.G. (2009). Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing*, 65(12), 2532-2541.

Chan, M. F., Lou, F.L. & Arthur, D.G. (2008). Investigating factors associate to nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 509-518.

Chiavenato, I. (2000). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. Rio de Janeiro: Campus.

Chick, N. & Meleis, A. I. (1986). Transitions: a nursing concern. In P. L. Chinn (Ed), *Nursing Research Methodology* (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.

Clauss, D. K. (2009). *Psychological distress following miscarriage and stillbirth: an examination of grief, depression and anxiety in relation to gestacional length, women's attributions, perception of care and provision of information*. Dissertação de de Doutorado. Drexel University, Philadelphia. United States of America.

Cole, D., Peeke, L., Dolezal, S., Murray, N. & Canzoniero, A. (1999). A longitudinal study of negative affect and self-perceived competence in young adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 851-862.

Corbet-Owen, C. & Kruger, L. (2001). The health system and emotional care: validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems and Health*, 19(4), 411-427.

Corbin, J. & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research*. 3ª ed. Los Angeles: Sage.

Côté-Arsenault, D. (2007). Threat appraisal, coping, and emotions across pregnancy subsequent to a perinatal loss. *Nursing Research*, 56(2), 108-116.

Côté-Arsenault, D. & Dombek, M. T. (2001). Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care for Women International*, 22(7), 649-665.

Côté-Arsenault, D. & Donato, K. (2011). Emotional Cushioning in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 81-92.

Côté-Arsenault, D. & Marshall, R. (2000). One foot in – one foot out: Weathering the storm of pregnancy after perinatal loss. *Research in Nursing and Health*, 23(6), 473-485.

Cowles, K. & Rodgers, B. (1991). The concept of grief a foundation for nursing research and practice. *Research in Nursing and Health*, 14, 119-129.

Danielsson, K. (2008). *After miscarriage. Medical facts and emotional support for pregnancy loss*. Boston: Harvard Common Press.

Day, R. & Hooks, D. (1987). Miscarriage: A special type of family crisis. *Family Relations*, 36(3), 305-310.

Davidson, R. (2004). Well-being and affective style: neural substrates and biobehavioural correlates. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359, 1395-1411. doi: 10.1098/rstb.2004.1510

DeCherney, A. H. & Nathan, L. (2004). *Obstetrícia e Ginecologia. Diagnóstico e Tratamento*. 9ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.

Decreto-Lei n.º 194/96. *Diário da República*, N.º 240/96, Série I-A, 3614-3617.

DeFrain, J., Millspaugh, E. & Xie, X. (1996). The psychological effects of miscarriage: Implications for health professionals. *Families, Systems and Health*, 14(3), 331-347.

Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.

Diener, E., Diener, M., & Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 851-864.

Diener, E., Suh, E. & Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L., (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

DiMarco, A. M., Menke, E. M. & McNamara, T. (2001). Evaluating a support group for perinatal loss. *MCN: American Journal of Maternal/Child Nursing*, 26(3), 135-140.

D'Innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 84-88.

Donabedian, A. (1990). La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de Mexico*, 32, 113-117.

Donabedian, A. (1992). Quality assurance in health care: a consumer's role. *Quality Health Care*, 1, 247-251.

Douglas, K. I. & Fox, J. R. (2009). Tears of blood: Understanding and creatively intervening in the grief of miscarriage. In G. R. Waltz, J. C. Bleuer, & R. K. Yep (Eds.), *Compelling counseling interventions: VISTAS 2009* (pp. 89-100). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Dozier, A. M., Kitzman, H., Ingersoll, G., Holmberg, S., Schultz, A. (2001). Development of an instrument to measure patient perception of the quality of nursing care. *Research in Nursing & Health*, 24, 506-517.

Duquette, A. & Cara, C. (2000). Le caring et la santé de l'infirmière. *L'infirmière Canadienne*, 1(2), 10-11.

Earle, S., Foley, P., Komaromy, C. & Lloyd, C. E. (2008). Conceptualizing reproductive loss: a social sciences perspective. *Human Fertility*, 11(4), 259-262.

Easterwood, B. (2004). Silent Lullabies. Helping parents cope with early pregnancy loss. *AWHONN Lifelines*, 8(4), 356-360.

Eliot, T. (1932). The bereaved family. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 160, 184-190.

Engelhard, I. M., van den Hout, M. & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, 23, 62-66.

Evans, R. (2012). Emocional care for women who experience miscarriage. *Nursing Standard*, 26(42), 35-41.

Falk Rafael, A. R. (2000). Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 23(2), 34-49.

Feist, G., Bodner, T., Jacobs, J., Miles, M. & Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 138-150.

- Fenwick, J., Jennings, B., Downie, J., Butt, J. & Okanaga, M. (2007). Providing perinatal loss care: Satisfying and dissatisfying aspects for midwives. *Women and Birth*, 20, 153-160. doi: 10.1016/j.wombi.2007.09.002
- Finfgeld-Connett, D. (2007). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing, Review*, 196-204. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01824.x
- Fortin, M. F., Côté, J. & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franco, M.H.P. (Ed.) (2005) *Nada sobre mim sem mim: estudos sobre a vida e a morte*. Campinas: Livro Pleno.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/pdf/nihms-305177.pdf>
- Friedman, T. (1989). Women's experiences of general practitioner management of miscarriage. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39, 456-458.
- Freud, S. (1915). *Instincts and their Vicissitudes. Collected Papers*. New York: Basic Books.
- Frost, J. (2007). Older women's experience of early miscarriage: leaky bodies and boundaries. In M. Kirkham (Ed.), *Exploring the Dirty Side of Women's Health* (pp. 219-231). London: Taylor & Francis.
- Frost, J., Bradley, H., Levitas, R., Smith, L. & Garcia, J. (2007). The loss of possibility: scientisation of death and the special case of early miscarriage. *Sociology of Health & Illness*, 29(7), 1003-1022. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.01019.x
- Frost, M. & Condon, J. T. (1996). The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30(1), 54-62. doi: 10.3109/00048679609076072
- Galhordas, J. G. & Lima, P. T. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar) – Revista da ESSA*, Edições Colibri, 0, 35-47.
- Garmel, S. H. (2005). Riscos do início da gravidez. In Alan H. DeCherney & Lauren Nathan, *Obstetrícia e Ginecologia – Diagnóstico e tratamento*. (9ª ed., pp.221-232). Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Gerber-Epstein, P., Leichtentritt, R. D., Benyamini, Y. (2009). The experience of miscarriage in first pregnancy: The women's voices. *Death Studies*, 33(1), 1-29. doi: 10.1080/07481180802494032

Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L. & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista Enfermagem*, 19(4), 462-467.

Glaser, B. & Strauss, A. (1965). *Awareness of dying*. Chicago: Aldine.

Goede, M., Sprulit, E. & Maas, C. (1999). Individual and family factors and adolescent well-being: a multi-level analysis. *Social Behavior and Personality*, 27(3), 263-280.

Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Lisboa: Princípia.

Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. doi: 10.1177/1525822X05279903

Hale, B. (2007). Culpability and blame after pregnancy. *Journal of Medical Ethics*, 33, 24-27. doi: 10.1136/jme.2005.015560

Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal Caring Sciences*, 22, 643-652.

Hart, R. & McMahan, C. A. (2006). Mood state and psychological adjustment to pregnancy. *Archives of Women's Health*, 9, 329-337. doi: 10.1007/s00737-006-0141-0

Harvey, J., Moyle, W. & Creedy, D. (2001). Women's experience of early miscarriage: a phenomenological study. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 19(1), 8-14.

Headey, B. & Wearing, A. (1989). Personality, life events and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(4), 731-739.

Henley, A. & Schott, J. (2008). The death of a baby before, during or shortly after birth: good practice from the parents' perspective. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 13, 325-328. doi: 10.1016/j.siny.2008.03.003

Herkes, B. (2002). A bereavement counselling service for parents. *British Journal of Midwifery*, 10(2), 79-82.

Hernandez, J. A. E. (2005). Papéis Sexuais, ajustamento conjugal e emocional na transição para a parentalidade. *Tese de Doutorado*. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Brasil.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

- Hill, M. M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Hogan, B. (2000). Patient satisfaction: expectations and experiences of nursing care. *Contemporary Nurse*, 9(3-4), 275-283.
- Holman, E. A., Perisho, J., Edwards, A. & Mlakar, N. (2010). The myths of coping with loss in undergraduate psychiatric nursing books. *Research in Nursing & Health*, 33, 486-499.
- Holt, A. (2010). Using the telephone for narrative interviewing: a research note. *Qualitative Research*, 10(1), 113-121. doi: 10.1177/1468794109348686
- Hori, S., Nakano, Y., Yamada, A., Azuma, H., Noda, Y., Sugiura, M., ... Furukawa, T. A. (2002). Personality, social support, coping and emotional distress after repeated spontaneous abortions. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23, 133-140.
- Hughes, P. & Riches, S. (2003). Psychological aspects of perinatal loss. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 15, 107-111. doi: 10.1097/01.gco.0000063548.93768.17
- Hutti, M. H. (2005). Social and Professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 34(5), 630-638. doi: 10.1177/0884217505279998
- Imber-Black, E. (1995). Transições idiossincráticas do ciclo de vida e rituais terapêuticos. In B. Carter & M. McGoldrick et al., *As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar* ((2ª ed., pp. 131-143)). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). Classificação portuguesa das profissões 2010. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine>
- Instituto Nacional de Estatística (2014). Indicadores demográficos de Portugal. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal>
- International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value In Health*, 8(2), 94-104.
- Jacob, S. R. (1993). An analysis of the concept of grief. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 1787-1794.
- Jansson, C. & Adolfsson, A. (2010). A Swedish study of midwives' and nurses' experiences when women are diagnosed with a missed miscarriage during a

routine ultrasound scan. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 67-72. doi: 10.1016/j.srhc.2010.01.002

Jansson, C. & Adolfsson, A. (2011). Application of "Swanson's Middle Range Caring Theory" in Sweden after miscarriage. *International Journal of Clinical Medicine*, 2, 102-109. doi: 10.4236/ijcm.2011

Joanna Briggs Institute (2006). *Literature review on bereavement and bereavement care*. Faculty of Health and Social Care. The Robert Gordon University, Aberdeen.

Johansson, P., Oléni, M. & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal Caring Sciences*. 16, 337-344.

Kahneman, D., Diener, E. & Schwarz, N. (1999). *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russel Sage Foundation.

Kavanaugh, K. & Hershberger, P. (2005). Perinatal loss in Low-income African American parents: the lived experience. *Journal of Obstetric and Gynecology Neonatal Nursing*, 34(5), 595-605.

Kavanaugh, K. & Moro, T. (2006). Supporting parents after stillbirth or newborn death. *American Journal of Nursing*, 106(9), 74-79.

Kavanaugh, K., Trier, D. & Korzec, M. (2004). Social support following perinatal loss. *Journal of Family Nursing*, 10(1), 70-92. doi: 10.1177/1074840703260905

Kavanaugh, K. & Wheeler, S. R. (2007). When a baby dies: Caring for bereaved families. In C. Kenner & J. Lott (Eds.), *Comprehensive Neonatal Nursing: A physiological perspective* (4^a ed., pp. 522-542). Philadelphia: Harcourt.

Keyes, C. L. M., Shmotkin, D. & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.

Ketele, J. M. De & Roegiers, X. (1993). *Metodologia da recolha de dados. Fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.

Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., Glaser, R. (2002a). Emotions, morbidity and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83-107.

Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., Glaser, R. (2002b). Psychoneuroimmunology and psychomatic medicine: back to the future. *Psychosomatic Medicine*, 64, 15-28.

- Klier, C. M., Geller, P. A. & Neugebauer, R. (2000). Minor depressive disorder in the context of miscarriage. *Journal of Affective Disorders*, 59, 13-21.
- Klier, C. M., Geller, P. A. & Ritsher, J. B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: a comprehensive review. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 129-149. doi: 10.1007/s00737-002-0146-2
- Knox, S. & Burkard, A. (2009). Qualitative research interviews. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 1-18. doi: 10.1080/10503300802702105
- Kobler, K., Limbo, R. & Kavanaugh, K. (2007). Moments. The use of ritual in perinatal and pediatric death. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(5), 288-295.
- Koch, C., Santos, C. Reis Santos, M. (2012a). 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.
- Koch, C., Santos, C. Reis Santos, M. (2012b). Study of the measurement properties of the Portuguese version of the Well-Being Questionnaire 12 (W-BQ12) in the women with pregnancy loss. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, maio-junho, 20(3). Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Kohn, I. & Moffitt, P-L. (2000). *A Silent Sorrow. Pregnancy loss: guidance and support for you and your family* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Kovács, M. J. (2002). *Morte e desenvolvimento humano* (4ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kralik, D., Koch, T. & Wotton, K. (1997). Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 399-407.
- Kralik, D., Visentin, K. & van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x
- Krause, S. A. & Graves, B. W. (1999). Midwifery triage of first trimester bleeding. *Journal of Nurse Midwifery*. 44(6), 537-548.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Laakso, H. & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Mothers' experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 176-185.
- Lachman, V. D. (2012). Applying the ethics of care to your nursing practice. *MEDSURGNursing*, 21(2), 112-116.
- Lagarelhos, J. P. (2011). Luto e gravidez. *O Portal dos Psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt>

Lamb, E. H. (2002). The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting. *The Journal of Perinatal Education*, 11(2), 33-40.

Lasker, J. N. & Toedter, L. J. (1994). Satisfaction with hospital care and interventions after pregnancy loss. *Death Studies*, 18, 41-64.

Layne, L. L. (2003). Unhappy endings: a feminist reappraisal of the women's health movement from the vantage of pregnancy loss. *Social Science & Medicine*, 56, 1881-1891.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion & Adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.

Lazarus, R. S. (2000). Evolution of a model of stress, coping and discrete emotions. In V. H. Rice (Ed.), *Handbook of Stress, Coping and Health* (pp.195-222). London: Sage Publications.

Lee, C. & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: Review of literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 235-244.

Leite, T. A. F. & Strong, M. I. (2006). A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 30(2), 203-214.

Lerner, H. (2003). *Miscarriage. Why it happens and how to reduce your risks*. Cambridge, MA: Da Capo Press.

Letherby, G. (1993). The meanings of miscarriage. *Women's Studies International Forum*, 16 (2), 165-180.

Lewis, E. (1979) Mourning by the family after a stillbirth or neonatal death. *Archives of Diseases in Childhood*, 54, 303-306.

Liamputtong, P. & Abboud, L. (2005). When pregnancy fails: coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(1), 3-18. doi: 10.1080/02646830512331330974

Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.

- Lok, I. H & Neugebauer, R. (2007). Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 229-247. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2006.11.007
- Loureiro, L. (2010). Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Referência*. III Série, 1, 101-108.
- Lovallo, W. R. (1997). *Stress and Health*. USA: Sage Publications.
- Lucas, R. E., Diener, E. & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Lucas, R. E. & Gohm, C. (2000). Age and sex differences in subjective well-being across cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1039-1056.
- Machin, L. (2009). *Working with loss and grief. A new model for practitioners*. London: Sage Publications.
- Maconochie, N., Doyle, P. & Simmons, R. (2006). Risk factors for first trimester miscarriage – results from a UK-population-based case-control study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114, 170-186.
- Mariutti, M. G., Almeida, A. M. & Panobianco, M. S. (2007). O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 15(1), 1-8. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>
- Martin, T. L. & Doka, K. J. (2000). *Men don't cry... Women do. Transcending Gender Stereotypes of Grief*. New York: Routledge.
- McCoyd, J. L. M., (2007). Pregnancy interrupted: loss of desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(1), 37-48. doi: 10.1080/01674820601096153
- McCreight, B. S. (2004). A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Male Health & Illness*, 26(3), 326-350.
- McCreight, B. S. (2005). Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Studies*, 42(4), 439-448.
- McGreal, D., Evans, B. & Burrows G.D. (1997). Gender differences in coping following loss of a child through miscarriages or stillbirth: A Pilot study. *Stress Medicine*, 13, 159-165.
- McLaughlin, S. (2005). *Surviving Miscarriage – you are not alone*. Lincoln, NE: iUniverse.

McLean, A. & Flynn, C. (2012). "It's not just a pap-smear": women speak of their experiences of hospital treatment after miscarriage. *Qualitative Social Work*, 0(00), 1-17. doi: 10.1177/1473325012464099

McMillan, C. V., Bradley, C., Gibney, J., Russel-Jones, D. L., Sönksen, P. H. (2006). Psychometric properties of two measures of psychological well-being in adult growth hormone deficiency. *Health Quality Life Outcomes*, 4(16), 1-10. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-4-16>.

Meleis, A. I. (2007). Developing middle range and situation-specific theories. Exemplars in *theoretical nursing: Development and progress* (4ª ed.), Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Meleis, A. I. & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: redefinition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, 42(6), 255-259.

Melo, M. L. (2005). *Comunicação com o doente. Certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.

Mezzomo, J. C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde. Princípios básicos*. Tamboré, São Paulo: Manole.

Milutinovic, D., Brestovacki, B. & Cvejic, M. M. (2010). Patients' satisfaction with nursing care as an indicator of quality of hospital service. *HealthMED*, 4(2), 461-468.

Ministério da Saúde (2010). A organização interna e a governação dos hospitais. Disponível em: <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>

Monat, A. & Lazarus, R. S. (Eds.), (1997). *Stress and Coping: an Anthology*. New York: Columbia University Press.

Moore, T., Parrish, H. & Black, B. P. (2011). Interconception care for couples after perinatal loss: a comprehensive review of the literature. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 44-51. doi: 10.1097/JPN.0b013e3182071a08

Moulder, C. (2002). *Miscarriage. Women's experiences and needs*. New York: Routledge.

Mrayyan, M. T. (2006). Jordanian nurses' job satisfaction, patients' satisfaction and quality of nursing care. *International Nursing Review*, 53, 224-230.

Murphy, F. (1998). The experience of early miscarriage from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 325-332.

Murphy, S. A. (1990). Human responses to transition: A holistic nursing perspective. *Holistic Nursing Practice*, 4(3), 1-7.

Murphy, F., Merrell, J. (2009). Negotiating the transition: caring for the woman through the experience of early miscarriage. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1583-1591. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02701.x

Murphy, F. & Philpin, S. (2010). Early miscarriage as “matter out of place”: an ethnographic study of nursing practice in a hospital gynaecological unit. *International Journal of Nursing studies*, 47, 534-541. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.10.011

Musselwhite, K., Cuff, L., McGregor, L. & King, K. M. (2007). The telephone interview is an effective method of data collection in clinical nursing research: a discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1064-1070.

Nagraj, S. & Barclay, S. (2009). Bereavement and coping with loss. *InnovAiT*, 2(10), 613-618. doi:10.1093/innovait/inp104

Nelson, J. & Watson, J., (Eds.), (2012). *Measuring Caring – international research on caritas as healing*. New York: Springer.

Neugebauer, R. (1987). The psychiatric effects of miscarriage: Research design and preliminary findings. In B. Cooper (Ed.), *The epidemiology of psychiatric disorders* (pp. 136-149). Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Neugebauer, R. (2003). Depressive symptoms at two months after miscarriage: interpreting study findings from an epidemiological versus clinical perspective. *Depression and Anxiety*, 17, 152-161. doi: 10.1002.da.10019

Neugebauer, R., Kline, J., O'Connor, P., Shrout, P., Johnson, J., Skodol, A., ... Susser, M. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health*, 82(10), 1332-1339.

Neugebauer, R., Kline, J., Shrout, P., Skodol, A., O'Connor, P., Geller, P., ... Susser, M. (1997). Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *Journal of the American Medical Association*, 277, 383-388.

Ockhuijsen, H. D. L., Boivin, J., van den Hoogen, A., Macklon, N. S. (2013). Coping after recurrent miscarriage: uncertainty and bracing for the worst. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 0, 1-7. doi:10.1136/jfprhc-2012-100346

Öhman, S. G., Grunewald, C. & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy: Testing the Cambridge worry scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 148-152.

Odinino, N. G. & Guirardello, E. B. (2010). Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos num alojamento conjunto. *Texto e Contexto Enfermagem*, 19(4), 682-690.

Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Divulgar*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 16. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Oriá, M., Ximenes, L. & Alves, M.D. (2005). Madeleine Leininger and the Theory of the Cultural Care Diversity and Universality: an Historical Overview. *Online Braz J Nurs*. Disponível em: www.uff.br/nepae/objn402oriaetal.htm

Parcells, D. A. & Nelson, J. (2012). Making the “quantum leap”: Biochemical markers of human caring science. In J. Nelson & J. Watson (Eds.), *Measuring Caring – International Research on Caritas as Healing*. NY: Springer.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta* (3ª ed.), São Paulo: Summus.

Pennebaker, J. W., Zech, E. & Rimé, B. (2007). Disclosing and sharing emotion: psychological, social, and health consequences. In M., Stroebe, R., Hansson, W., Sroebe, & H., Schut, *Handbook of Bereavement Research* (pp. 517-543). Washington DC: American Psychological Association.

Peppers, L. G. & Knapp, R. (1982). *Motherhood and Mourning*. New York: Praeger.

Plagge, J. & Antick, J. R. (2009). Perceptions of perinatal loss: Miscarriage versus stillbirth. *Women’s Health and Urban Life*, 8(2), 113-127.

Plano Nacional de Saúde (2012a). Objetivo para o Sistema de Saúde – Obter ganhos em saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2012/02/oss1.pdf>

Plano Nacional de Saúde (2012b). Eixo Estratégico – Qualidade em saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2012/02/qualidade_em_saude1.pdf

Pouwer, F., Snoeck, F. J., Van Der Ploeg, H. M., Adèr, H. J., Heine, R. J. (2000). The Well-being Questionnaire: evidence for a three-factor structure with 12 items (W-BQ12). *Psychological Medicine*, 30, 455-462.

Prigerson, H. G. & Jacobs, S. C. (2001). Caring for bereaved patients. Perspectives on care at the close of lives. *Journal of the American Medical Association*, 286(11), 1369-1374.

Puddifoot, J. E. & Johnson, M. P. (1997). The legitimacy of grieving: the partner's experience at miscarriage. *Social Science and Medicine*, 45(6), 837-845.

Puddifoot, J. E. & Johnson, M. P. (1999). Active grief, despair, and difficulty coping: some measured characteristics of male response following their partner's miscarriage. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17(1), 89-93.

Radestad, I. (2001). Stillbirth: care and long-term psychological effects. *British Journal Midwifery*, 9, 474-480.

Radwin, L. E., Farquhar, S. L., Knowles, M. N & Virchick, B. G. (2005). Cancer patients' descriptions of their nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 162-169.

Racoveanu, N. T. & Johansen, K. S. (1995). Technology for the continuous improvement of the quality health care. *World Health Forum*, 16(2), 138-144.

Rando, T. A., (Ed.), (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers*. Champaign, IL: Research Press.

Riazi, A., Bradley, C., Barendse, S., Ishii, H. (2006). Development of the Well-being questionnaire short-form in Japanese: the W-BQ12. *Health Quality Life Outcomes* 4(40), 1-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563454>

Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coleção Psicologias; Série Psicologia e Saúde. Lisboa: Quarteto, 295-305.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: CLIMEPSI.

Rice, V. H., (Ed.), (2000). *Handbook of stress, coping and health*. London: Sage Publications.

Ritsher, J. B. & Neugebauer, R. (2002). Perinatal Bereavement Grief Scale – Distinguishing grief from depression following miscarriage. *Assessment*, 9(1), 31-40. doi: 10.1177/1073191102009001005

Roehrs, C., Masterson, A., Alles, R., Witt, C. & Rutt, P. (2008). Caring for families coping with perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(6), 631-639.

Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa* (7ª ed.) Lisboa: Moraes editores.

Roose, R. E. & Blanford, C. R. (2011). Perinatal grief and support spans the generations: parents' and grandparents' evaluations of an intergenerational perinatal bereavement program. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 77-85. doi: 10.1097/JPN.ObO13e318208cb74

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

Ryan, W. & Bernard, H. (2000). Data management and analysis methods. In Norman, D. & Yvonna, L. (Eds.). *Handbook of Qualitative Research* (2nd ed.), (pp.769-802). Thousand Oaks: Sage Publications.

Sá, A. C. (2001). O cuidado do emocional em enfermagem. São Paulo: Robe Editorial.

Samorinha, C., Figueiredo, B. & Cruz, J. M. (2009). Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10(1), 17-29.

Santos, A. L., Rosemburg, C. P. & Buralli, K. O. (2004). Histórias de perdas fetais contadas por mulheres: estudo de análise qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 38(2), 268-276.

Schlossberg, N. K., Waters, E. B. & Goodman, J. (1995). *Counseling adults in transition*. New York: Springer.

Schmutte, P. & Ryff, C. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559.

Schott, J., Henley, A. & Kohner, N. (2007). *Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals* (3rd ed.). London: Sands.

Sebold, C. & Koil, C. (2009). Genetic library: Grief and bereavement. *Journal of Genetic Counselors*, 18, 200-203. doi: 10.1007/s10897-008-9207-7

Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. (2010a). Support following miscarriage: what women want. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(4), 403-411. doi: 10.1080/02646830903487375

Séjourné, N., Callahan, S. & Chabrol, H. (2010b). The utility of a psychological intervention for coping with spontaneous abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28(3), 287-296. doi: 10.1080/02646830903487334

Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82.

Serra, M. N. (2005). *Aprender a ser Doente: Processos de aprendizagem de doentes em Internamento Hospitalar*. Lisboa: Lusociência.

- Serrano, F. & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 585-594. doi: 10.1348/147608306X96992
- Sheldon, K. M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217. doi: 10.1037/0003-066x.56.3.216
- Sherokee, I. (1990). *Empty arms. Coping with miscarriage, stillbirth and infant death*. Minneapolis: Wintergreen Press.
- Silva, L. F., Damasceno, M. M., Carvalho, C. M., Souza, P. S. (2001). Cuidado de enfermagem: o sentido para enfermeiros e pacientes / The meaning of the concept. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 54(4), 578-588.
- Silver, R. C., (2007) Letters: The stage theory of grief. *Journal of American Medical Association*, 297(24), 2692-2694.
- Simmons, R. K., Singh, G., Maconochie, N., Doyle, P. & Green, J. (2006). Experience of miscarriage in the UK: Qualitative findings from the National Women's Health study. *Social Science & Medicine*, 63(7), 1934-1946.
- Sitzman, K. L. (2002). Interbeing and mindfulness a bridge to understanding Jean Watson's theory of human caring. *Nursing Education Perspective*, 23(3), 118-123.
- Smith, L., Frost, J., Levitas, R., Bradley, H. & Garcia, Jo (2006). Women's experiences of three early miscarriage management options. *British Journal of General Practice*, 56, 198-205.
- St John, A., Cooke, M. & Goopy, S. (2005). Shrouds of silence: Three women's stories of prenatal loss. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23(3), 8-12.
- Stratton, K. & Lloyd, L. (2008). Hospital-based interventions at and following miscarriage: Literature to inform a research-practice initiative. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48, 5-11.
- Stroebe, M. & Schut, H. (2007). Models of coping with bereavement: a review. In M., Stroebe, R., Hansson, W., Sroebe, & H., Schut, *Handbook of Bereavement Research* (pp. 375-403). Washington DC: American Psychological Association.
- Stroebe, W. & Schut, H. (2007). Risk factors in bereavement outcome: a methodological and empirical review. In M., Stroebe, R., Hansson, W., Sroebe, & H., Schut, *Handbook of Bereavement Research* (pp. 349-371). Washington DC: American Psychological Association.

Stroebe, M., Hansson, R., Sroebe, W. & Schut, H. (2007). *Handbook of Bereavement Research*. Washington DC: American Psychological Association.

Sturges, J. E. & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: a research note. *Qualitative Research*, 4(1), 107-118. doi: 10.1177/1468794104041110

Surkan, P. J., Rådestad, I., Cnattingius, S., Steineck, G. & Dickman, P. W. (2009). Social support after a stillbirth for prevention of maternal depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88, 1358-1364. doi: 10.3109/00016340903317974

Svetaz, M., Ireland, M. & Blum, R. (2000). Adolescents with learning disabilities: risk and protective factors associated with emotional well-being. Findings from the national longitudinal study of adolescents health. *Journal of Adolescents Health*, 27, 340-348.

Swanson, K. M. (1999a). Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. *Nursing Research*, 48(6), 288-298.

Swanson, K. M. (1999b). Research-based practice with woman who have had miscarriages. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 339-345.

Swanson, K. M., Karmali, Z. A., Powell, S. H. & Pulvermakher, F. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, 65, 902-910. doi: 10.1097/01.PSY.0000079381.58810.84

Swanson, K. M., Connor, S., Jolley, S. N., Pettinato, M. & Wang, T. (2007). Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing & Health*, 30, 2-16. doi: 10.1002/nur.20175

Swanson, K. M., Chen, H., Graham, J. C., Wojnar, D. M. & Petras, A. (2009). Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: A randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. *Journal of Women's Health*, 18(8), 1245-1257.

Teixeira, J., Camargo, F., Tronchin, D. & Melleiro, M. (2006). A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14(2), 271-278.

Thappar, A. K. & Thappar, A. (1992). Psychological sequelae of miscarriage: a controlled study using the general questionnaire and the hospital anxiety and depression scale. *British Journal of General Practice*, 42, 94-96.

Thomas, D. R. (2000). Qualitative data analysis: using a general inductive approach. *American Journal of Evaluation*, 27, 237-246.

- Thompson, S. (2009). Improving miscarriage support in New Zeland. Disponível em: <http://www.miscarriagesupport.org.nz/nzresearch.html>
- Thorsteinsson, L. S. (2002). The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illness: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 32-40.
- Toedter, L. , Lasker, J. & Janssen, H. (2001). International comparison of studies using the Perinatal Grief Scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 25, 205-228.
- Trier-Bieniek, A. (2012). Framing the telephone interview as a participant-centred tool for qualitative research: a methodological discussion. *Qualitative Research*, 1-15. doi: 10.1177/1468794112439005 Disponível em: <http://qrj.sagepub.com/content/early/2012/09/11/1468794112439005>
- Tsartsara, E. & Johnson, M. (2002). Women's experience of care at a specialized miscarriage unit: an interpretative phenomenological study. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 6, 55-65. doi: 10.1016/S1361-9004(02)00028-6
- Tugade, M. M. & Frederickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8, 311-333. doi: 10.1007/s10902-006-9015-4
- Vala, J. (2005). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. M. Pinto (Orgs), *Metodologia das Ciências Sociais* ((13ª ed., pp. 101-128)). Porto: Afrontamento.
- van den Akker, O. B. A. (2011). The psychological and social consequences of miscarriage. *Expert Review of Obstetric & Gynecology*, 6(3), 1-10.
- Van, P., Cage, T. & Shannon, M. (2004). Big dreams, little sleep. *Holistic Nursing Practice*, 18(6), 284-292.
- Van, P. & Meleis, A. (2003). Coping with grief after involuntary pregnancy loss: Perspectives of African American women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Research*, 32(1), 28-39.
- Wagner, D. & Bear, M. (2008). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 692-701. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04866.x
- Walker, V. (2010). *The Art of Conforting*. New York: Jeremy P. Tarcher/Penguin.
- Wallbank, S. & Robertson, N. (2013). Predictors of staff distress in response to professionally experienced miscarriage, stillbirth and neonatal loss: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.022>

Warsop, A., Ismail, K. & Iliffe, S. (2004). Explanatory models associated with psychological morbidity in first trimester spontaneous abortion: a generalist study in a specialist setting. *Psychology, Health & Medicine*, 9(3), 306-314. doi: 10.1080/13548500410001721873

Waters, E., Salmon, L., Wake, M., Wright, M. & Hesketh, K. (2001). The health and well-being of adolescents: a school-based population study of the Self-report Child Health Questionnaire. *Journal of Adolescent Health*, 29, 140-149.

Watson, J. (2001). Jean Watson: Theory of human caring. In M. E. Parker (Ed.). *Nursing theories and nursing practice* (pp.343-354). Philadelphia: Davies.

Watson, J. (2002). Nursing: seeking its source and survival. *ICUs and Web Journal*, ISSUE 9th, 1-7. Disponível em <http://www.watsoncaringscience.org>

Watson, J. (2003). Love and caring: ethics of face and hand – an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27, 197-202.

Watson, J. (2006). Can an ethic of caring be maintained? *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 257-259.

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. Disponível em http://www.ispor.org/workpaper/research_practices/PROTranslation_adaptation

Wilkinson, R. & Walford, W. (2001). Attachment and personality in the psychological health of adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 473-484.

Williams, C., Munson, D., Zupancic, J. & Kirpalani, H. (2008). Supporting bereaved parents: practical steps in providing compassionate perinatal and neonatal end-of-life care – A North American perspective. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 13, 335-340. doi: 10.1016/j.siny.2008.03.005

White, H. L. & Bouvier, D. A. (2005). Caring for a patient having a miscarriage. *Nursing*, 35(7), 18-19.

Wong, M. K. Y., Crawford, T., Gask, L. & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women's experiences after a miscarriage: implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702.

Wright, P. M. (2005). Childbirth education for parents experiencing pregnancy after loss. *Journal of Perinatal Education*, 14(4), 9-15. doi: 10.1624/105812405X72285

Wright, P. M. (2011). Barriers to a comprehensive understanding of pregnancy loss. *Journal of Loss and Trauma*, 16(1), 1-12. doi: 10.1080./15325024.2010.519298

Wyson, P. R. & Driver, E. (2009). Patients' perceptions of nurses skill. *CriticalCareNurse*, 29(4), 24-37. doi: 10.4037/ccn2009241

Yves, G. (2008). *Humanidade – cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.

Zagonel, I. P. S. (1999). O Cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32.

Zilberman, A. (2003). Em busca de mecanismos de adaptação e superação no luto familiar. *Revista Contextos Familiares*, 1. Porto Alegre: AGATEF.

ANEXOS

Anexo I – Autorização do autor

Dear Maria,
Thank you so much for your expression of interest in the perinatal bereavement scale which you are most welcome to use and to translate. Please see my responses to your comments below in bold.

In a message dated 4/13/2008 4:21:00 P.M. Eastern Daylight Time, candida@esenf.pt writes:

Dear Dr. Richard Neugebauer,

My name is Maria Cândida Koch and I am a nursing professor in the Nursing College of Porto, located approximately 180 miles north of Lisbon. Primarily I develop and teach courses on Midwifery, but I also periodically provide instruction in my college's Graduate Nursing program.

At present, I am working on my PhD dissertation which researches the emotional and physical implications of involuntary pregnancy loss. In my dissertation, I will try to develop and implement a model of care to help women cope with this loss **having completed a small scale randomized controlled trial in this area I would be interested to know how you plan to proceed and to share with you some of our lessons learned.**

To assist in developing my dissertation and model, I first considered using the Perinatal Grief Scale. During the course of my research, however, I came across the scale (PBGS) that you conceived, and concluded that it would be a more valuable tool for my work.

Hence, I would like your permission to translate **granted** and validate **absolutely your scale** into Portuguese, and then use it in my research. If you have questions regarding my research and how your scale would be used within it, please do not hesitate to contact me. I am more than willing to discuss any aspect of what I am doing with you. **yes I am most interested in how you plan to use the scale.**

Thank you very much for your time and consideration. I look forward to hearing from you soon.

I am attaching the scale and also the algorithm for its use. incidentally, I have a translation of the scale into Spanish (but Caribbean/Mexican Spanish) and also into Italian. You might want to look at those scales. please send me a formal email just indicating that you will acknowledge the provenance of the scale in all presentations and publications that result from your work. just a technicality but it would be good to have. also, I hope you will be willing to send me a copy of your translation when it is available and then with whatever modifications arise from use of it in the field. also, there are some elaborate procedures advanced by WHO for translation. what approach do you plan to take.

Sincerely,
Richard Neugebauer

Respectfully,
Maria Candida Koch

Contact Information:

E-mail: candida@esenf.pt

Mailing Address: Maria Cândida Koch

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto, Portugal

Need a new ride? Check out the largest site for U.S. used car listings at [AOL Autos](#).

http://webmail.esenf.pt/src/download.php?absolute_dl=true&passed_id=115&mailbox=INBOX.Tr... 08-09-2008

Anexo II - Artigo publicado: Tradução portuguesa, adaptação cultural e validação da *Perinatal Bereavement Grief Scale* (PBGS) em mulheres com perda de gravidez

Tradução portuguesa, adaptação e validação da *Perinatal Bereavement Grief Scale* (PBGS) em mulheres com perda de gravidez

Portuguese translation, adaptation and validation of the Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS) in women with pregnancy loss

Traducción portuguesa, adaptación y validación de la *Perinatal Bereavement Grief Scale* (PBGS) en mujeres con pérdida gestacional

Cândida Koch*; Célia Santos**; Margarida Reis Santos***

Resumo

A perda precoce de uma gravidez, para muitas mulheres, pode constituir um significativo stressor psicossocial. Fazer o luto deste tipo de perda pode ser complexo e uma avaliação precoce pode permitir intervenções mais eficazes. São poucos os instrumentos existentes para esta avaliação. Assim, neste estudo pretendeu-se traduzir, adaptar, validar e avaliar a aplicabilidade da PBGS em mulheres em situação de perda involuntária da gravidez, analisando as suas capacidades de mensuração. A amostra constituiu-se por 100 mulheres entre as quatro e as seis semanas pós-perda. A análise de componentes principais permitiu confirmar a estrutura dimensional única da escala, proposta pelo autor. O nível de confiabilidade da escala evidenciado no nosso estudo (coeficiente *Alpha de Cronbach* 0,81), embora um pouco inferior ao apresentado originalmente, é igualmente bom. Apresenta uma boa estabilidade temporal ($r = 0,98, p < 0,01$).

Podemos dizer que este instrumento, neste estudo, mostrou ser uma medida fidedigna e válida, podendo constituir uma ferramenta importante a utilizar pelos enfermeiros na avaliação de mulheres em risco de desenvolver complicados processos de adaptação à perda da gravidez.

Palavras-chave: gravidez; abortamento; pesar

Abstract

The early loss of pregnancy for many women may be a significant psychosocial stressor. To mourn a loss of this type can be complex and early evaluation can allow more effective interventions. Few instruments exist for this assessment. Therefore in this study we sought to translate, adapt, and evaluate the applicability of the PBGS to women in situations of involuntary pregnancy loss, examining its measurement capabilities. The sample consisted of 100 women between four and six weeks after their respective losses. The analysis of the scale's primary components confirmed its unique dimensional structure as proposed by the author. Although slightly lower than originally presented, the scale's level of reliability, as evidenced in our study (*Cronbach's Alpha* coefficient 0.81), is also satisfactory. The scale shows good temporal stability ($r = 0.98, p < 0.01$). The scale, applied in this study, was found to be both reliable and valid, and may constitute an important tool to be used by nurses in evaluating women at risk of developing complications while adapting to pregnancy loss.

Keywords: pregnancy; miscarriage; grief

* Mestre em Administração e Planificação da Educação. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto [candida@esenf.pt].

** Doutora em Psicologia da Saúde. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

*** Doutora em Enfermagem. Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Resumen

La pérdida precoz del embarazo para muchas mujeres, puede ser un factor estresante psicossocial significativo. Hacer el duelo de este tipo de pérdida puede ser complejo y una evaluación temprana puede permitir intervenciones más eficaces. Existen pocos instrumentos para esta evaluación. Asimismo, en este estudio se ha pretendido traducir, adaptar, validar y evaluar la aplicabilidad de la PBGS en mujeres en situación de pérdida involuntaria del embarazo, analizando sus capacidades de mensuración. La muestra está constituida por 100 mujeres entre las cuatro a seis semanas tras la pérdida. El análisis de componentes principales permitió confirmar la estructura dimensional única de la escala, propuesta por el autor. El nivel de fiabilidad de la escala evidenciado en nuestro estudio (coeficiente *Alpha de Cronbach* 0,81), aunque un poco inferior al presentado originalmente, es igualmente bueno. Presenta una buena estabilidad temporal ($r = 0,98, p < 0,01$). Podemos decir que este instrumento, en este estudio, demostró ser una medida fidedigna y válida, por lo que podrá constituir una herramienta importante para ser utilizada por los enfermeros en la evaluación de mujeres en riesgo de desarrollar complicados procesos de adaptación a la pérdida del embarazo.

Palabras clave: embarazo; aborto espontáneo; pesar

Recebido para publicação em: 19.05.11

Aceite para publicação em: 18.01.12

Introdução

A perda faz parte da vida dos indivíduos e o conceito de luto descreve as emoções e sentimentos que a acompanham.

De acordo com Jacob (1993), podemos dizer que o luto como fenómeno foi, primeiramente, descrito por Freud como uma perda dolorosa, em que toda a energia é direcionada para pensamentos, sentimentos e atividades que se relacionam com o ser/objeto perdido, traduzido num processo gradual de afastamento do indivíduo enlutado face ao objeto perdido ou desejado, revivendo o passado e lidando com as recordações. Ainda de acordo com Jacob (1993), o luto é o processo normal, dinâmico e individualizado que abrange os aspetos físicos, emocional, social e espiritual das pessoas que experienciaram a perda de alguém ou algo significante. Surge como uma resposta universal, inerente a qualquer idade e cultura. É uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido e a sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência da perda (Gesteira, Barbosa e Endo, 2006).

Se entendermos a transição para a parentalidade como a construção de uma relação, imbuída de grandes esforços e expectativas, perceberemos melhor quão frustrante pode ser se esse processo for interrompido de forma abrupta e inesperada, como acontece quando uma gravidez é involuntariamente interrompida. Como em qualquer luto, raramente fica claro, com exatidão, o que foi perdido (Parkes, 1998). Não é só a perda da gravidez, mas também uma série de outras perdas inerentes e com enorme significado: perda de uma pessoa amada, real ou imaginária, perda de autoestima, perda de estatuto (maternidade, mulher), perda existencial (projeto de vida, futuro). A literatura sobre o luto após a perda de gravidez é escassa e, talvez por isso, os resultados evidentes sejam pouco consistentes e claros.

A perda pré-natal foi reconhecida como um evento gerador de luto desde final dos anos sessenta, início dos anos setenta, no entanto, os estudos sobre este tema só surgem na literatura em meados dos anos oitenta (Beutal *et al.*, 1995; Hutti *et al.*, 1998, *cit in* St John, Cooke e Goopy, 2006). Atualmente é vista como um significativo stressor psicossocial, do qual resulta um elevado nível de disforia e luto (Brier, 2004). Embora as reações afetivas e comportamentais

que normalmente ocorrem pareçam similares àquelas que acompanham qualquer outro tipo de perda significativa, em alguns dos seus aspetos únicos necessitam de um suporte emocional adicional (Adolfsson *et al.*, 2004).

A perda precoce da gravidez tem sido vista como perda perinatal. No entanto, fazer o luto deste tipo de perda pode ser complexo, tornando este processo mais difícil por várias razões. Não existe, por exemplo, uma criança visível para “chorar”, não há memórias nem experiências de vida partilhadas, a morte é súbita, existe uma falta de reconhecimento pela sociedade. Nesta situação, o trabalho de luto parece elaborar-se quase ao nível do imaginário. A supressão de um apropriado trabalho de luto pelas inibições sociais pode levar a um aumento do *stress* e a consequências emocionais a longo prazo (Lee e Slade, 1996).

Diversos estudos referem que as perdas gestacionais, embora o processo de luto se afigure numa estrutura sequencial idêntica ao de outras perdas, apresentam algumas especificidades (Kay *et al.*, 1997, *cit in* Cabral, 2005, p. 74-75):

«Embotamento emocional, negação, choque – o choque pode ser tanto maior quanto mais avançada for a idade gestacional em que ocorre a perda.

Culpa e raiva – sentimentos de culpa por de alguma forma ter causado ou contribuído para a situação de perda (por exemplo: dieta imprópria, falta de repouso, esforços, atividade sexual frequente, consumo de tabaco ou álcool).

Inveja e ciúmes – direcionado a mulheres grávidas ou mães com bebés. Frequentemente evitam o contacto com mulheres nestas situações.

Retorno menstrual – primeiramente pode ser encarado como positivo para a evolução do trabalho de luto, uma vez que pode significar a manutenção da funcionalidade do aparelho reprodutivo, reforçando a esperança de que uma nova gravidez pode ser conseguida. No entanto, as menstruações seguintes podem significar confirmações de insucesso se houver tentativas de engravidar, podendo acentuar a dor da perda anterior.

O nascimento de um bebé saudável – em muitas situações, é neste momento que a mulher consegue, definitivamente, ultrapassar a perda da gravidez».

Para Worden (1982, *cit in* Bruce, 2007) o trabalho de luto – adaptação à perda – envolve quatro tarefas básicas, essenciais para que a pessoa/sistema familiar recuperem o equilíbrio e completem o luto: aceitar

a realidade da perda, experienciar a dor da perda, ajustar-se/adaptar-se a um ambiente no qual a pessoa/objeto desejado não existe, e transferir a energia emocional investindo-a noutras relações.

De acordo com Prigerson e Jacobs (2001), os indicadores de uma adaptação normal incluem: a capacidade de sentir que a vida ainda tem interesse, sentido de segurança em si próprio, autoeficácia, capacidade de confiar nos outros e, também, para reinvestir noutras relações interpessoais ou atividades. Não existe um ponto final no luto que, considerando a maioria dos autores, pode fazer-se em dois a quatro meses, ou prolongar-se por um a dois anos. Podemos concluir que está terminado quando é integrado harmoniosamente na vivência do presente.

Alguns estudos (Beutel *et al.*, 1995; Deckhardt *et al.*, 1994; Nickcevic *et al.*, 1999; Hutti *et al.*, 1989, *cit in* Brier, 2008), que analisam as alterações na intensidade do luto ao longo do tempo, têm tentado responder à questão sobre qual a duração do luto após uma perda gestacional precoce. Todos eles sugerem que há uma significativa redução na intensidade do luto aos seis/sete meses pós-perda, induzindo que a duração do luto subsequente a uma perda gestacional é similar à duração do luto após outros tipos de perdas significativas.

A assunção de que o luto é um processo que varia de indivíduo para indivíduo sugere questões importantes sobre o que constitui um luto normal, complicado ou patológico. Reações de luto normais são aquelas que, apesar de dolorosas, movem o sujeito para a aceitação da perda e para a capacidade de continuar a sua vida (Bonanno e Kaltman, 2001).

Melhorar os cuidados de enfermagem prestados a mulheres em situação de perda de gravidez implica fazer uma avaliação precoce do processo de luto, no sentido de se programarem as intervenções ajustadas a cada caso. Dado que são poucos os instrumentos existentes para esta avaliação precoce, pretendeu-se neste estudo traduzir, adaptar, validar e avaliar a aplicabilidade da PBGS em mulheres em situação de perda involuntária da gravidez, analisando as suas capacidades de mensuração.

Objetivo

Traduzir, adaptar culturalmente para a população portuguesa e validar a *Perinatal Bereavement Grief Scale* (PBGS).

Metodologia

O processo de tradução, adaptação cultural e validação da PBGS desenvolveu-se num conjunto de procedimentos de modo a garantir a equivalência linguística, cultural e métrica dos conceitos em estudo.

Instrumento

Foram vários os instrumentos que analisámos e que encontramos descritos na literatura estrangeira. Sobre esta temática, partilhamos a opinião de Loureiro, quando diz que «escasseiam os instrumentos, quer criados de raiz, quer os traduzidos e adaptados de língua inglesa para português» (2010, p. 102). De um modo geral, todos eles abrangem um leque variado de reações à perda perinatal que incluem a depressão, a raiva, a culpa, o apelo à espiritualidade, ou as respostas sociais. Por outro lado, todos nos pareceram muito direcionados para as perdas perinatais, envolvendo as gravidezes tardias, os nados-mortos, ou as mortes pós-nascimento.

A PBGS, desenvolvida por Richard Neugebauer, do *New York State Psychiatric Institute and Columbia University, USA* (Ritsher e Neugebauer, 2002), destina-se a avaliar o luto e o anseio, ou saudade, pela gravidez e pelo bebé perdidos.

De acordo com os autores, esta escala já se encontra traduzida para Espanhol (América Latina) e está em curso a sua tradução para Italiano e Chinês.

A nossa opção por esta escala prendeu-se com o facto de ela ser específica para avaliar as reações de luto face às perdas envolvidas, bebé e gravidez, valorizando ambas, e porque permite, igualmente, ser usada em situação de perda de gravidez precoce.

A escala apresenta-se sob a forma de afirmações e pretende-se que as participantes respondam sobre a frequência, e não a intensidade, em que ocorreram na última semana, usando uma escala tipo Likert de 4 pontos, em que o valor 1 corresponde a “raramente” ou “nunca” (menos de 1/ dia), o valor 2 corresponde a “às vezes” (1 a 2 dias), o valor 3 a “muitas vezes” (3 a 4 dias) e o valor 4 a “sempre” ou “quase sempre” (5 a 7 dias).

Engloba 15 itens. Do item 1 ao 7, as afirmações relacionam-se com a perda da gravidez, o item 8 pretende avaliar a resposta física à perda, os itens 9 e seguintes, até ao 15, referem-se à perda do bebé.

O score da PBGS é uma soma aritmética simples dos scores individuais dos itens e pode variar entre 15 e 60.

Um *score* elevado representa uma manifestação mais intensa de luto, ou seja, um luto menos resolvido.

Processo de tradução e adaptação cultural

Dado que este instrumento não se encontrava traduzido, adaptado culturalmente, nem validado para a população portuguesa, propusemo-nos realizar esse trabalho.

De entre os vários autores que nos falam da metodologia a seguir na tradução e adaptação cultural de instrumentos, optámos por seguir os princípios propostos pela ISPOR (*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*) apresentados por Wild *et al.* (2005):

1) Preparação – procedemos aos contactos necessários, junto do autor, no sentido de obter permissão para a tradução e adaptação da escala.

Analisámos cuidadosamente a escala no sentido de percebermos todos os conceitos envolvidos.

Contactámos tradutores experientes e com conhecimentos da área temática. Escolhemos dois, pois de acordo com os princípios orientadores da ISPOR este é o número considerado mínimo. Embora nenhum deles fosse nativo na língua inglesa, um deles reside nos Estados Unidos, pelo que o seu domínio da linguística e da cultura americana seria uma mais-valia, considerando a origem do autor.

Clarificámos com os tradutores, individualmente, tudo o que pretendíamos, explicando objetivos, analisando conceitos e esclarecendo dúvidas.

2) Tradução – do inglês para a língua portuguesa.

3) Reconciliação – com o intuito de se resolverem quaisquer discrepâncias, as duas traduções foram, cuidadosamente, analisadas numa reunião por um painel de peritos de que fazia parte a investigadora principal e cinco especialistas na área da saúde materna e obstetria, todos conhecedores da língua inglesa. Entre as duas propostas de tradução apresentadas foi escolhida aquela cujos termos melhor se adaptavam culturalmente à população portuguesa. Selecionaram-se alguns termos preferíveis, dado que há expressões idiomáticas que não têm tradução direta em português. Para além da tradução dos termos, foi tida em conta a sua representação, quer sob o ponto de vista científico, quer cultural.

Desta análise emergiu uma primeira versão em português da PBGS.

4) Retroversão – de acordo com o princípio que seguimos para a tradução, também aqui recorremos a

dois outros tradutores, independentes, para fazerem a retroversão. Não sendo nativos da língua inglesa, um deles reside no Reino Unido, sendo ambos experientes neste domínio.

As duas retroversões apresentaram-se, na globalidade, muito próximas da versão original.

5) Revisão da retroversão – as duas retroversões foram enviadas ao autor da escala para que desse a sua opinião quanto à sua proximidade à escala original.

O autor mostrou grande apreço pelo trabalho efetuado, manifestando que a escala podia perfeitamente ser usada como se apresentava. No entanto, evidenciou interesse e solicitou alguns esclarecimentos sobre o uso de alguns verbos, clarificando-se o sentido que tinham em português para se compreender o seu uso em inglês. Clarificou um ou outro conceito, o que nos ajudou na escolha dos termos mais adequados.

6) Harmonização – a versão definitiva da escala foi elaborada pela investigadora principal e, ainda, revista por um dos tradutores, conhecedor da linguística americana. A troca de ideias com o autor foi importantíssima para estabilizarmos esta versão, mantendo-nos fiéis, na essência, à versão original, mas com as devidas adaptações à nossa língua e cultura.

Participantes

Para a validação da versão portuguesa da PBGS recorremos a uma amostra de conveniência composta por mulheres que estivessem a passar por uma experiência de perda involuntária da gravidez, independentemente da causa e com tempo de gestação até 22 semanas, possuidoras de telefone fixo ou móvel e que, de forma informada e livre, aceitassem participar no estudo.

Das 161 mulheres contactadas obtivemos uma amostra de 100. Embora todas, inicialmente, tivessem concordado participar, algumas desistiram posteriormente, e outras não atenderam nas várias tentativas de contacto seguintes.

Com recurso à estatística descritiva (medidas de tendência central e de dispersão) analisámos as características da amostra. Assim, a média da idade das participantes era de 31,59 anos (DP=5,96; intervalo 17- 44). Relativamente ao estado civil 77% eram casadas, 17% viviam em união de facto, as restantes 6% incluíam solteiras e separadas. A idade gestacional média em que ocorreu a perda era de 10,37 semanas (DP=3,59; intervalo 4-22). Para 34% das mulheres esta era a primeira gravidez. Quanto

às 60% que responderam à questão sobre o número de gestações anteriores, verificou-se uma média de 2,42 gestações (DP=0,65; intervalo de 2-4). No que se refere aos filhos, o número médio era de um filho para cada duas mulheres (DP=0,72; intervalo 0-2). Sobre o facto da gravidez ter sido planeada, 75% responderam sim. Para 90% das inquiridas, esta tinha sido uma gravidez aceite, enquanto para as restantes 10% que não a aceitaram, especificam como causa: não ter sido aceite no início; nunca ter sido aceite; só saberem da gravidez no momento do abortamento. Do total das participantes, 61% passaram por um processo natural de expulsão do produto de concepção, enquanto 39% necessitaram de algum tipo de ajuda cirúrgica.

Procedimentos

O nosso estudo decorreu em três instituições hospitalares públicas da zona norte do país, após obtenção do parecer positivo das respetivas comissões de ética, autorizações das direções de serviço, bem como dos respetivos conselhos de administração. As possíveis participantes foram contactadas pessoalmente, durante o curto período de internamento por perda de gravidez, de forma a serem informadas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participar, respeitando-se todos os procedimentos do consentimento informado, de

acordo com a Declaração de Helsínquia.

O segundo contacto foi efetuado entre as quatro e as seis semanas pós-perda da gravidez para, através de entrevista telefónica, podermos avaliar a evolução do processo de luto consequente à perda da gravidez e do bebé, aplicando-se a versão portuguesa da PBGS. Todos os contactos com as participantes foram feitos pela investigadora principal.

Para o processamento estatístico dos dados obtidos utilizou-se o programa PASW *statistics* 18.

Resultados

Com o intuito de se avaliarem as características métricas da PBGS na versão portuguesa, na amostra populacional do nosso estudo, efetuou-se a avaliação da estrutura dimensional e da confiabilidade.

Validade de constructo

Com vista a melhor conhecermos a forma como os conteúdos da escala se organizavam conceptualmente, procedemos à análise exploratória dos componentes principais, tendo como critério único que os fatores extraídos apresentassem um *eigenvalue* superior a 1. Seleccionámos, ainda, a apresentação de itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30. Os resultados são apresentados no quadro 1.

QUADRO 1 – Análise dos componentes principais da PBGS, valores próprios e específicos e variância explicada

Itens	Component Matrix	
	Fatores	
	1	2
1. Deu por si a caminhar como uma mulher grávida.	0,45	-0,42
2. Sentiu que o bebé ainda estava dentro de si.	0,53	-0,46
3. Sonhou que ainda estava grávida.	0,62	
4. Sentiu-se fisicamente mal sempre que pensou no abortamento.	0,52	
5. Quis ter o bebé nos seus braços.	0,62	-0,49
6. Sentiu-se como se ainda estivesse grávida.	0,73	
7. Deu por si a planear coisas para o bebé como se ainda estivesse grávida.	0,61	-0,33
8. Sentiu que foi fácil pensar noutras coisas que não no bebé que perdeu.	0,32	0,59
9. Acariciou a sua barriga ou segurou-a como se ainda estivesse grávida.	0,50	
10. Sentiu como se dentro de si houvesse um espaço vazio.	0,53	
11. Sentiu saudade do bebé.	0,65	
12. Quis/Sentiu vontade de vestir roupas de grávida.	0,57	
13. Imaginou se teria tido um rapaz ou uma rapariga.	0,47	0,33
14. Imaginou como teria sido o bebé.	0,60	
15. Sonhou com o bebé.	0,68	
Valores próprios e específicos (<i>Eigenvalues</i>)	4,87	1,39
Variância explicada total = 41,68%	32,44%	9,24%

A solução fatorial resultante explica 41,68% da variância total, sendo o fator 1 o que melhor explica a variância da escala (32,44%). Todos os itens apresentam uma carga fatorial elevada, sendo que, com exceção do item 8 “Sentiu que foi fácil pensar noutras coisas que não no bebé que perdeu”, todos apresentam maior carga no fator 1.

Verifica-se, assim, a organização unidimensional da escala, em consonância com os resultados da análise fatorial realizada pelos autores com a versão original.

Confiabilidade

De forma a percebermos se a variabilidade nas respostas depende da diferença de opinião dos inquiridos, minimizando a possibilidade de erro

aleatório, começámos por testar a fidelidade da escala, através da análise da sua consistência interna, resultando um valor de *Alfa de Cronbach* de $\alpha = 0,81$ na escala global que, de acordo com Pestana e Gageiro (2008), se pode considerar uma boa consistência interna por se situar entre 0,80 e 0,90. Em comparação com os resultados obtidos nos estudos conduzidos pelos autores (Ritsher e Neugebauer, 2002) na versão original em inglês ($\alpha = 0,89$) e em espanhol ($\alpha = 0,85$), o valor de *Alfa* no nosso estudo é ligeiramente inferior, considerando-se, no entanto, na mesma categoria.

No quadro 2 apresentamos os resultados por nós obtidos e os do autor.

QUADRO 2 – Fidelidade da PBGS nas versões em português, inglês e espanhol

Itens	Nosso estudo N = 100	Estudos do autor	
		Versão inglesa N = 182	Versão espanhola N = 88
Coefficiente de consistência interna (<i>Alfa de Cronbach</i>)	0,81	0,89	0,85

De forma a avaliarmos a estabilidade temporal efetuámos o teste-reteste, sendo a aplicação da escala repetida a uma amostra de 14 mulheres no espaço de uma semana.

Através da correlação de Pearson obtivemos um valor de $r = 0,98$ para um nível de significância de $p < 0,01$, o que indica muito boa estabilidade temporal.

Em resultado da aplicação do instrumento em análise, e no sentido de conhecermos sobre as manifestações/resolução de luto que as mulheres expressam neste período pós-perda, calculámos a amplitude, média e desvio padrão na escala global, como se pode analisar no quadro 3.

QUADRO 3 – Distribuição da amplitude, média e desvio padrão da PBGS (N=100)

Escala total	N.º de itens	Amplitude	M	DP
Luto perinatal	15	15-48	24,09	6,13

Discussão

Pretendemos com este estudo traduzir, adaptar e analisar a equivalência de mensuração da PBGS numa amostra de mulheres entre as quatro e as seis semanas pós-perda involuntária de gravidez e do futuro bebé. No que respeita à estrutura dimensional da escala para a nossa amostra e quanto à validade de constructo, após a análise exploratória a dois fatores, resultou uma estrutura, na qual os itens apresentaram o seu maior peso num único fator, excetuando-se um item

(Sentiu que foi fácil pensar noutras coisas que não no bebé que perdeu), que se salientava com carga fatorial superior num fator diferente.

De acordo com os autores, este item pretende avaliar a resposta física à perda, enquanto os outros itens se direcionam para a dor e tristeza pela perda da gravidez e do bebé. Colocou-se a hipótese de retirarmos o item da escala, mas analisando o *Alfa de Cronbach* se ele fosse eliminado, mantinha-se o mesmo valor, pelo que se decidiu a sua integração na escala total.

Desta forma, e tal como na versão original,

considerámos a versão portuguesa da PBGS constituída numa escala única, designada Escala de Luto Perinatal.

Podemos dizer que quanto à confiabilidade da escala, os resultados do nosso estudo, embora um pouco inferiores aos dos autores nas versões em inglês e em espanhol, traduzem, igualmente, uma boa consistência interna, expressa por um valor de *Alpha de Cronbach* de 0,81.

De igual modo, o teste-reteste mostra uma boa estabilidade temporal. O nosso resultado foi superior àquele obtido pelo autor nas versões em inglês ($r = 0,69$, $n = 112$) e espanhol ($r = 0,49$, $n = 29$), mas isso pode ser explicado pelo menor intervalo de tempo que utilizámos na aplicação do instrumento entre o teste e o reteste. De acordo com alguns autores (Fortin, 2006; Ribeiro, 2010), este intervalo entre as medições não deve ser tão curto que permita decorar as respostas, nem muito longo se for esperado haver alterações na variável, como era o caso do nosso estudo. A opção pelo intervalo de uma semana teve em conta estes dois aspetos e, ainda, o facto de se tornar difícil para quem sofre este tipo de perda, voltar a responder a estas questões numa fase mais tardia, em que já está a tentar esquecer, preferindo guardar essas memórias, dificultando-nos, assim, a obtenção da amostra necessária.

Tendo presente que o luto é um processo individual, com duração variável, de acordo com os resultados observados na média, amplitude e desvio padrão resultantes da aplicação da PBGS, podemos dizer que as mulheres do nosso estudo apresentam reações de luto, pela gravidez e futuro bebé, normais, diríamos até que, de acordo com os vários autores, evidenciam uma boa recuperação neste período de seis semanas pós-perda (Beutel *et al.*, 1995; Deckhardt *et al.*, 1994; Nickcevic *et al.*, 1999; Hutti *et al.*, 1989, *cit in* Brier, 2008). Embora este evento nunca se esqueça e permaneça um sentimento de tristeza, tentam integrá-lo nas suas vidas, readquirem confiança em si próprias e nos outros, apresentam capacidade para reinvestir noutras atividades e, algumas, numa futura gravidez, mostrando sentir que a vida tem sentido, factos estes que, de acordo com Prigerson e Jacobs (2001), são indicadores de uma adaptação normal.

A maioria das mulheres do nosso estudo apresentava uma relação conjugal estável, se considerarmos as

que eram casadas e as que viviam em união de facto e, para 75% delas, a gravidez tinha sido planeada, uma evidência do envolvimento do casal. Estes fatores podem ter contribuído favoravelmente no processo de luto, dado que o suporte social disponibilizado pelas pessoas significativas, neste caso o suporte familiar, pode reduzir ou eliminar as consequências adversas destes eventos, e uma relação afetiva, de confiança, é um fator chave na redução da vulnerabilidade e na recuperação da sensação de segurança e confiança. Podemos, ainda, acrescentar o facto de que nesta fase de seis semanas pós-perda, a maioria destas mulheres havia retomado a atividade profissional, algumas mais precocemente, como estratégia de *coping*, outras porque a sua licença para tratamento e recuperação, considerada na nossa legislação, para estas situações, é de um mês. Durante a entrevista telefónica, todas elas referiram este fator como benéfico para a resolução do luto.

A Escala de Luto Perinatal (PBGS) mostrou ser uma medida fidedigna e válida, podendo constituir uma ferramenta importante a utilizar pelos enfermeiros na avaliação precoce de mulheres em risco de um luto mais prolongado, ou mais complicado, após uma perda involuntária da gravidez.

Conclusão

De acordo com os resultados obtidos, podemos dizer que esta versão da PBGS mostrou ser uma medida fidedigna e válida para a avaliação do luto face à perda da gravidez e do futuro bebé.

Na prática clínica este instrumento apresenta-se fácil e de rápida administração, podendo constituir uma ferramenta importante para distinguir mulheres em risco de desenvolverem processos de luto mais complicados, ou como indicador de uma maior necessidade de cuidados de suporte no período imediato à perda.

Embora responder a estas questões possa parecer ter sido a revisão de um processo doloroso, acabou por constituir um momento de abertura às suas emoções, dúvidas e medos, pelo que as participantes acabaram por reconhecer que este momento de interação lhes trouxe, de algum modo, um certo benefício pessoal.

Referências bibliográficas

- ADOLFSSON, A. [et al.] (2004) – Guilt and emptiness: women's experiences of miscarriage. *Health Care for Women International*. Vol. 25, nº 6, p. 543-560.
- BONANNO, G. A.; KALTMAN, S. (2001) – The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*. Vol. 21, nº 5, p. 705-734.
- BRIER, N. (2004) – Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth*. Vol. 31, nº 2, p. 138-142.
- BRIER, N. (2008) – Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*. Vol. 17, nº 3, p. 451-464.
- BRUCE, C. A. (2007) – Helping patients, families, caregivers and physicians, in the grieving process. *Journal of the American Osteopath Association*. Vol. 107, nº 12, Sup. 7, p. 33-40.
- CABRAL, I. P. (2005) – Morte e luto na gravidez e puerpério. In ISABEL, L., coord. - *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- FORTIN, M. F. (2006) – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- GESTEIRA, S. M. A.; BARBOSA, V. L.; ENDO, P. C. (2006) – O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*. Vol. 19, nº 4, p. 462-467.
- JACOB, S. R. (1993) – An analysis of the concept of grief. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 18, nº 11, p. 1787-1794.
- LEE, C.; SLADE, P. (1996) – Miscarriage as a traumatic event: review of literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 40, nº 3, p. 235-244.
- LOUREIRO, L. (2010) – Tradução e adaptação da versão revista da Escala de Avaliação do Perfil de Atitudes acerca da Morte (EAPAM). *Referência*. Série 3, nº 1, p. 101-108.
- PARKES, C. M. (1998) – *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. 3ª ed. São Paulo: Summus.
- PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. (2008) – *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS*. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- PRIGERSON, H. G.; JACOBS, S. C. (2001) – Caring for bereaved patients: perspectives on care at the close of lives. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 286, nº 11, p. 1369-1376.
- RIBEIRO, J. L. P. (2010) – *Metodologia de investigação em psicologia da saúde*. 3ª ed. Porto: LivPsic / Legis Editora.
- RITSHER, J. B.; NEUGEBAUER, R. (2002) – Perinatal bereavement grief scale: distinguish grief from depression following miscarriage. *Assessment*. Vol. 9, nº 1, p. 31-40.
- ST JOHN, A.; COOKE, M.; GOOPY, S. (2006) – Shrouds of silence: three women's stories of prenatal loss. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol. 23, nº 3, p. 8-12.
- WILD, D. [et al.] (2005) – Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*. Vol. 8, nº 2, p. 94-104.

Anexo III - Protocolo para utilização do *Well-being Questionnaire*¹²

THIS AGREEMENT dated 28th July 2008 is made **BETWEEN:**

- (1) **HEALTH PSYCHOLOGY RESEARCH LTD.**, Orchard Building, Royal Holloway, University of London, Egham, Surrey TW20 0EX ("HPR Ltd"); and
- (2) **PROFESSOR CÉLIA SANTOS** of Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal, Oporto, Portugal (Prof Célia Santos) ("Licensee")
- (3) **CÂNDIDA KOCH** of Institute of Health Sciences, Catholic University of Portugal, Oporto, Portugal (Cândida Koch) ("Licensee")

Together, parties (2) and (3) "Licensees"

WHEREAS:

- Licensees intend to carry out a study using questionnaire(s) in which the copyright is owned by Prof Clare Bradley (Prof Bradley), and
- Prof Bradley has authorised HPR Ltd to sub-licence her questionnaires, and
- HPR Ltd agrees to grant Licensees a licence to use questionnaire(s) defined below, strictly on a non-commercial basis in the study described in the Protocol attached hereto subject to the terms of this agreement.

NOW THEREFORE THE PARTIES HEREBY AGREE AS FOLLOWS:

1. Definitions

- 1.1 "Questionnaire(s)" shall mean:
 - **Well-Being Questionnaire (W-BQ12) Portuguese for Portugal 5.12.05** (from std. UK English 6/96; instructions rev. 31.1.02) and any modifications thereto or any adaptations or translations thereof.
- 1.2 "Study" shall mean 'Overcoming Involuntary Pregnancy Loss – A nursing model of intervention' as set out in the Protocol attached hereto.
- 1.3 "Licence Period" shall mean from the date of the last signature to this Agreement until one year after the completion of the Study, or until three years from the date of last signature, whichever shall be sooner.

2. Copyright and Licences Thereto

- 2.1 Ownership of all copyrights in the Questionnaire(s) vests in Prof Bradley, and nothing in this Agreement shall be construed either expressed or implied as conferring any transfer of or rights of ownership upon Licensees in the Questionnaire(s).
- 2.2 Prof Bradley hereby grants to Licensees a non-exclusive non-transferable royalty-free licence during the Study to use the Questionnaire(s) only for their own internal non-commercial research purposes to:
 - use the Questionnaire(s) in the Study;
 - make copies of the Questionnaire(s) from a master copy submitted to them only where reasonably necessary for the purpose of carrying out

the Study. The integrity of the Questionnaire(s) is important and Licensees undertake to make no alterations or amendments of any kind to the Questionnaire(s) (including but not limited to, shrinking by photocopier or scanner), and that they will be used in the Study exactly as supplied unless expressly agreed in writing in advance with Prof Bradley. Amendment is any alteration to the wording, format or font as supplied, or any transfer of the Questionnaire(s) to a different medium, including but not limited to an electronic format or web page. If the Questionnaire(s) are amended in any way, once such amendment is expressly agreed in writing, Licensees will supply Prof Bradley with an amended version of the Questionnaire(s) for approval. Licensees hereby agree not to use an amended version of the Questionnaire(s) until Prof Bradley has expressly approved the amended version in writing. Questionnaire(s) for amendment will be supplied by HPR Ltd in pdf format.

Licensees undertake not to supply nor to make available to any third party any Questionnaire(s), instructions or translations thereof supplied under this Agreement, including but not limited to, the publication in or attachment to any website or e-mail, except that for the purposes of the Study. Questionnaire(s) may be inserted into a website accessible only to parties to this Agreement and participants in the Study;

- supply to respondents only the number of copies of the Questionnaire(s) as is strictly necessary for the purpose of carrying out the Study. If you have to distribute additional Questionnaire(s) to other administrators the additional Questionnaires should have a covering letter with the following statement (this statement should be in the covering letter to administrators of the questionnaire not to patients and not included in the Questionnaires themselves):

"Copyright in these questionnaires is owned by Prof Clare Bradley of Health Psychology Research Ltd. Your use of the questionnaires is strictly limited to the particular study you are undertaking for Prof Célia Santos and Cândida Koch and you are not authorised to make additional copies of the questionnaires without the express written permission of Prof Bradley. These questionnaires are in continual development and it is important to ensure that any new study uses the most up-to-date version. Please contact Prof Bradley if you require further information about the questionnaires and their continued development or if you wish to make further use of the questionnaires outside the scope of the study you are undertaking for Prof Célia Santos and Cândida Koch."

3. Acknowledgements

- 3.1 Licensees hereby undertake to acknowledge the source of the Questionnaire(s) in any communication reporting on their use or any publication generated directly or indirectly through use of the Questionnaire(s).

4. Publication

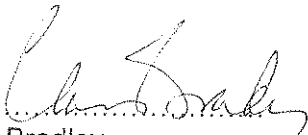
- 4.1 Licensees shall in confidence supply Prof Bradley with a copy of the text of any proposed communication or publication concerning the Questionnaire(s) authored by Licensees or research collaborators to whom they send copies of the Questionnaire(s), no later than thirty days prior to any proposed submission for publication or dissemination of the same.

5. Representations, Liability and Indemnities

- 5.1 Licensees understand that the Questionnaire(s) are experimental in nature. Neither Prof Bradley nor HPR Ltd make any representations or extend any warranties of any kind, either express or implied, as to the quality or fitness for a particular purpose of the Questionnaire(s) or concerning any advice or information relating to the Questionnaire(s) and their use.
- 5.2 Neither Prof Bradley nor HPR Ltd shall be liable in any way for the use made of the Questionnaire(s) by Licensees pursuant to licences granted to it under this agreement, and Licensees hereby agree to defend, indemnify, and hold Prof Bradley and HPR Ltd harmless from any loss, claim, damage, or liability howsoever caused arising out of any of Licensees research projects involving the Questionnaire(s).

6. Termination

- 6.1 This Agreement may be terminated by HPR Ltd with immediate effect by giving written notice to the Licensee(s) if:
- 6.1.1 either Licensee is in breach of any provision of this Agreement and (if it is capable of remedy) the breach has not been remedied within 30 days after the Licensees have received a notice specifying the breach and requiring its remedy; or
- 6.1.2 there is any unreasonable delay in starting or completing the Study.
- 6.2 On termination of this Agreement the Licence Period will automatically come to an end and any licences granted under this Agreement shall terminate.


.....
Prof Bradley

Director of HPR Ltd

Position

30th July 2008
Date

Professor Célia Santos


.....
Prof Célia Santos

Invited Professor/ Supervisor

Position

29th August 2008
Date

Cândida Koch


.....
Cândida Koch

PhD Student

Position

29th August 2008
Date

PROTOCOL

(Important – the Protocol sets out the scope of the study and must be appended hereto)

\\StudentStudyAgrt\Rev.2.5.08

Anexo IV - Artigo publicado: Estudo das propriedades métricas da versão portuguesa para Portugal do *Well-Being Questionnaire*¹² (W-BQ12) em mulheres com perda de gravidez

Estudo das propriedades métricas da versão portuguesa para Portugal do Well-Being Questionnaire¹² (W-BQ12) em mulheres com perda de gravidez

Cândida Koch¹

Célia Santos²

Margarida Reis Santos²

A avaliação do bem-estar pode constituir um dos parâmetros importantes na monitorização do processo de luto. Neste estudo, pretendeu-se avaliar a aplicabilidade do W-BQ12 – Questionário de Bem-estar – numa amostra de 74 mulheres, entre as quatro e as seis semanas pós-perda de gravidez, analisando as suas capacidades de mensuração. A análise de componentes principais e da validade convergente/discriminante dos itens permitiu confirmar a estrutura dimensional de três subescalas, propostas pela autora. A escala evidenciou boa fidelidade (coeficiente alpha de Cronbach global de 0,84). De forma global, os itens apresentaram boa correlação com a subescala correspondente. O W-BQ12 apresentou boa validade convergente quando correlacionado à PBGS – Escala de Avaliação do Luto Perinatal. Pode-se dizer que esse instrumento, neste estudo, mostrou ser medida fidedigna e válida, podendo ser utilizada pelos enfermeiros para avaliar o bem-estar em mulheres com esse tipo de perda.

Descritores: Aborto; Pesar; Felicidade.

¹ Doutoranda, Universidade Católica Portuguesa, Portugal. Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

² PhD, Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

Study of the measurement properties of the Portuguese Version of the Well-Being Questionnaire12 (W-BQ12) in women with pregnancy loss

The assessment of well-being can be an important parameter in monitoring the process of mourning. In this study we sought to assess the applicability of the W-BQ12 – Well-Being Questionnaire - in a sample consisting of 74 women between four and six weeks following their respective pregnancy losses, analyzing its measurement capabilities. As proposed by the author, the analysis of the scale's primary components and the discriminating convergent validity confirmed the dimensional structure of three subscales. The scale showed good reliability (global Cronbach's Alpha coefficient = 0.84), and, overall, the items showed a good correlation with the corresponding subscale. Generally speaking, the W-BQ12 showed good discriminative validity when correlated with the PBGS - Perinatal Bereavement Grief Scale. This tool, applied to this study, was found to be both reliable and valid for use by nurses in assessing the well-being of women who have experienced this type of loss.

Descriptors: Miscarriage; Grief; Happiness.

Estudio de las propiedades de mensuración de la versión portuguesa del Cuestionario de Bienestar12 (W-BQ12) en mujeres con pérdida del embarazo.

La evaluación del bienestar puede ser un de los parámetros importantes en el monitoreo del proceso de luto. En este estudio se ha pretendido evaluar la aplicabilidad del W-BQ12 – Cuestionario de Bienestar – en una muestra constituida por 74 mujeres entre las cuatro y las seis semanas después de la pérdida del embarazo, analizando sus capacidades de mensuración. El análisis de componentes principales y la validez convergente discriminante de los ítems permitieron confirmar la estructura dimensional de tres subescalas, propuesta por la autora. La escala evidenció una buena fiabilidad (coeficiente Alpha de Cronbach global de 0,84). De manera global, los ítems presentaron una buena correlación con la subescala correspondiente. El W-BQ12 presentó una buena validez convergente cuando correlacionado con la PBGS – Escala de luto perinatal. Podemos decir que este instrumento, en este estudio, demostró ser una medida fidedigna y válida para ser utilizada por los enfermeros en la evaluación del bienestar en mujeres con este tipo de pérdida.

Descriptores: Aborto Espontáneo; Pesar; Felicidad.

Introdução

Para a mulher, uma perda involuntária da gravidez, além de envolver sobrecarga psicológica, pode ser fator importante para o desenvolvimento de ampla gama de transtornos físicos e emocionais. Essa situação, como evento negativo, tem merecido maior atenção devido ao seu potencial e, também, ao impacto negativo no bem-estar. Raramente fica claro, com exatidão, o que foi perdido, dado que, inerente à perda da gravidez e de uma pessoa amada, real ou imaginária, pode haver perda de autoestima, perda de estatuto (maternidade, mulher) e perda existencial⁽¹⁾.

O processo de luto é complexo e varia muito quanto à sua duração, de indivíduo para indivíduo, no entanto, são desejáveis reações que, apesar de dolorosas, direcionem a mulher no sentido da aceitação da perda e da capacidade

para continuar a sua vida⁽²⁾, com confiança e segurança em si própria, contribuindo para o afeto positivo e o bem-estar, os quais podem constituir um dos parâmetros importantes na monitorização da resolução do luto.

A literatura recomenda a utilização de instrumentos fiáveis, cujos resultados possam ser comparados internacionalmente. Além da adaptação transcultural, é fundamental a validação das suas propriedades métricas, nas diferentes populações que se utilizam desses instrumentos. Nesse sentido, pretendeu-se, com este estudo, avaliar as capacidades métricas de um instrumento de medida do bem-estar, que possa constituir mais um contributo importante para a avaliação do processo de luto dessas mulheres.

Objetivo

Estudo das propriedades métricas da versão portuguesa para Portugal do *Well-Being Questionnaire12* (W-BQ12), numa amostra de mulheres em situação de perda involuntária de gravidez.

Método

O processo de validação do W-BQ12 desenvolveu-se por meio de um conjunto de procedimentos, de modo a avaliar a sua equivalência métrica, realizando-se, para tal, a análise da sua fidelidade e validade de construto para a população portuguesa.

A validade de uma escala de medida é a garantia de que o teste mede o que se propõe medir⁽²⁾. Inspecionámos a validade de construto da escala através da organização fatorial dos itens, recorrendo ao método de análise de componentes principais, seguindo os procedimentos adotados pelas autoras. No sentido de se confirmar a organização da escala na amostra em estudo, procedeu-se à análise da validade convergente/discriminante dos itens, através da correlação de Pearson entre os itens e as diferentes subescalas, definindo como critério de discriminação do item – subescala, valor de correlação superior a 0,10. A validade convergente "... refere-se à extensão em que a correlação do instrumento com instrumentos que medem o mesmo constructo é maior do que a correlação com os que medem constructos diferentes"⁽²⁾. Nesse contexto, analisaram-se os valores da correlação de Pearson entre a escala em análise e a Escala de Avaliação do Luto Perinatal (PBGS), preenchida simultaneamente, no sentido de se percebera relação entre os construtos teóricos por elas avaliados.

Para a análise da fiabilidade da escala, analisou-se a consistência interna de cada uma das subescalas e da escala global, considerando os valores de alpha de Cronbach superiores a 0,80 como uma boa consistência interna⁽³⁾, embora sejam aceitáveis valores acima de 0,60, em escalas com número reduzido de itens⁽²⁾.

Instrumentos

O W-BQ foi originalmente concebido em 1982⁽⁴⁻⁵⁾, como um instrumento de medida de estados depressivos, ansiedade e alguns aspetos de bem-estar positivo, e aplicado em um estudo da Organização Mundial de Saúde, para avaliação de novos tratamentos na gestão da diabetes. Embora a sua versão inicial de 22 itens continue a ser recomendada para estudos nessa área, surgiram, posteriormente, em resultado de estudos desenvolvidos pela autora e seus colaboradores⁽⁴⁻⁷⁾ e derivando da escala

inicial, uma versão reduzida de 12 itens para medir o bem-estar psicológico e, mais recentemente, outra versão mais longa, com 28 itens, incorporando uma subescala de estresse específica para indivíduos diabéticos (*ibidem*).

Apesar desse instrumento, nas suas várias versões, ter sido desenhado para estudos com diabéticos, a sua aplicabilidade não se restringe a essa área. Encontra-se traduzido em mais de 35 idiomas⁽⁵⁾, tendo sido utilizado em estudos de natureza vária e em diferentes culturas⁽⁵⁻⁸⁾. A versão portuguesa foi disponibilizada pela autora* para a realização deste estudo, mediante o estabelecimento de protocolo.

O W-BQ12 apresenta-se sob a forma de doze afirmações e pretende-se que as pessoas respondam sobre a frequência da sua ocorrência, no período compreendido entre as quatro e as seis semanas pós-perda da gravidez, usando uma escala tipo Likert de 4 pontos, em que o valor 0 corresponde a *nunca* e o valor 3 a *sempre*. É constituído por três subescalas de quatro itens cada: uma pretende avaliar o *bem-estar negativo* (itens 1 a 4), uma outra a *energia* (itens 5 a 8) e, por último, a que avalia o *bem-estar positivo* (itens 9 a 12). A subescala *energia* é a única que apresenta mistura de itens de natureza positiva (itens 5 e 8) e negativa (itens 6 e 7), implicando a respetiva inversão, desses últimos, nos procedimentos estatísticos. O *score* de cada subescala pode variar entre 0 e 12. O *score* da escala total de *bem-estar* é a soma dos 12 itens (depois de invertidos os *scores* dos itens 6 e 7), podendo variar entre 0 e 36. Elevados *scores* indicam elevada percepção de bem-estar.

Para se avaliara validade convergente do W-BQ12, usou-se a *Perinatal Bereavement Grief Scale* (PBGS), desenvolvida para estudos sobre o luto perinatal⁽⁹⁾, traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa⁽¹⁰⁾. Destina-se a avaliar o luto e o anseio, ou saudade, pela gravidez e pelo bebé perdidos. A escala apresenta-se sob a forma de 15 afirmações, e pretende-se que as participantes respondam sobre a frequência, e não a intensidade, em que ocorreram esses sentimentos na última semana, usando uma escala tipo Likert de 4 pontos, em que o valor 1 corresponde a raramente ou nunca (menos de 1/dia), o valor 2 corresponde a às vezes (1 a 2 dias), o valor 3 a muitas vezes (3 a 4 dias) e o valor 4 a sempre ou quase sempre (5 a 7 dias). O *score* da PBGS é uma soma aritmética simples dos *scores* individuais dos itens e pode variar entre 15 e 60. Um *score* elevado representa uma manifestação mais intensa de luto, ou seja, um luto menos resolvido.

Participantes

Para a validação psicométrica da versão portuguesa do W-BQ12, recorreu-se a uma amostra de conveniência, composta por mulheres que tivessem

* Clare Bradley. W-BQ12® Portuguese version for Portugal. 2005. Health Psychology Research, Dept of Psychology, Royal Holloway, University of London, Surrey.

passado por uma experiência de perda involuntária de gravidez, independentemente da causa e com tempo de gestação até 22 semanas, possuidoras de telefone e que, de forma informada e livre, aceitassem participar no estudo. Das 135 mulheres contactadas obteve-se uma amostra de 74. Embora todas, inicialmente, tivessem concordado participar, algumas desistiram posteriormente, outras não atenderam nas várias tentativas de contacto seguintes.

A média da idade das participantes era de 31,82 (dp=6,01), com intervalo de idade entre 17 e 44 anos. Quanto ao estado civil, 81,1% (n=60) eram casadas, 14,9% (n=11) viviam em união de facto, as restantes 4,1% (n=3) incluíam solteiras e separadas. A idade gestacional média em que ocorreu a perda era de 10,65 semanas (dp=3,92). Para 28,4% (n=21) das mulheres, essa era a primeira gravidez. O número médio de filhos era de 0,5 (dp=0,74), no entanto, 54,1% (n=40) não tinham nenhum filho. Quanto ao facto da gravidez ter sido planeada, 75,7% (n=56) responderam sim. Para 91,9% (n=68) das inquiridas, essa tinha sido uma gravidez aceite, enquanto para as restantes 8,1% (n=6) a gravidez não foi aceite no início, ou nunca foi aceite. Do total das participantes, 64,9% (n=48) passaram por processo espontâneo de expulsão do produto de concepção, enquanto 35,1% (n=26) necessitaram de algum tipo de intervenção cirúrgica.

Procedimentos

Foram estabelecidos os contactos necessários com a autora e assinado protocolo para a utilização da versão portuguesa do W-BQ12.

Este estudo decorreu em três instituições hospitalares públicas da zona Norte do país, após obtenção do parecer positivo das respetivas Comissões de Ética, autorizações das direções de serviço, bem como dos respetivos conselhos de administração.

As possíveis participantes foram contactadas, pessoalmente, pela investigadora principal, durante o curto período de internamento (tempo médio de 24 horas) por perda de gravidez, de forma a serem informadas sobre os objetivos do estudo e convidadas a participar, respeitando-se todos os procedimentos do consentimento informado, de acordo com a Declaração de Helsínquia. O segundo contacto foi efetuado entre as quatro e as seis semanas pós-perda da gravidez para que, através de entrevista telefónica, se pudesse avaliar a perceção de bem-estar da mulher, naquele momento, aplicando-se a versão portuguesa do W-BQ12.

No processamento estatístico dos dados utilizou-se o programa PASW *statistics* 18.

Resultados

Com o intuito de se avaliar a equivalência métrica do instrumento, na amostra populacional deste estudo, efetuou-se a avaliação da estrutura dimensional, da validade e da confiabilidade.

Validade de construto

Com vistas a se conhecer a forma como os conteúdos dos itens da escala se organizam, conceptualmente, procedeu-se à análise exploratória de componentes principais, tendo-se obtido 4 fatores. Posteriormente, e com vistas à aproximação da escala à sua versão original, conseguiram-se 3 fatores, selecionando-se para análise e, de acordo com a literatura⁽¹¹⁾, apenas os itens com carga fatorial igual ou superior a 0,30.

No sentido de maximizar a saturação dos itens utilizou-se o método de rotação Varimax com normalização Kaiser. A solução fatorial assim obtida explica 61,84% da variância total da escala, sendo o fator 1 (bem-estar negativo) o que melhor explica a variância da escala (36,17%). Na Tabela 1 pode-se observar como se distribui a carga fatorial dos itens.

Tabela 1 – Análise dos componentes principais do W-BQ12, com rotação Varimax e seleção de itens com carga fatorial >0,30, valores próprios e específicos, variância e consistência interna de cada fator

Itens	Bem-estar negativo	Energia	Bem-estar positivo
1. Tenho episódios de choro ou sinto vontade de chorar	0,77		
2. Sinto-me desanimada e triste	0,69		
3. Sinto medo sem razão alguma	0,80		
4. Fico facilmente perturbada ou entro em pânico	0,78		
5. Sinto-me enérgica, ativa ou cheia de vitalidade		0,75	
6. Sinto-me sem energia ou mole	-0,34	0,79	
7. Sinto-me cansada, esgotada ou exausta	-0,51	0,61	
8. Acordo sentindo-me fresca e descansada		0,67	0,34
9. Estou feliz, satisfeita ou contente com a minha vida pessoal			0,83
10. Tenho o tipo de vida que queria ter			0,67
11. Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões		0,67	0,41
12. Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida			0,54
Valores próprios e específicos (<i>Eigenvalues</i>)	4,34	1,77	1,31
Variância total=61,84	36,17	14,73	10,94
Consistência interna (alpha de Cronbach) total=0,84	0,81	0,76	0,67

Da análise da tabela anterior, pode-se concluir que a estrutura fatorial do W-BQ12 mantém distribuição idêntica à preconizada pela autora. Os itens 6 e 7 agregam-se às duas subescalas *bem-estar negativo* e *energia*, no entanto, o peso fatorial mais elevado, e positivo, verifica-se na subescala a que corresponde (*energia*). O mesmo acontece com o item 8 que se agrega à subescala *bem-estar positivo*, mas com maior peso fatorial na subescala a que pertence na escala original (*energia*). De acordo com a carga fatorial, apenas um item (11- sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões) deixa a subescala à qual pertenceria, *bem-estar positivo*, para se associar aos itens que constituem a subescala *energia*. Todos os itens apresentam carga fatorial elevada (>0,50), com exceção do item 11 que, ao apresentar carga fatorial em mais de um fator, revela peso inferior a 0,50 no fator ao qual pertence.

Validade convergente/discriminante dos itens

No sentido de se confirmar a estrutura da escala na amostra em estudo, procedeu-se à análise da validade convergente/discriminante dos itens, através da correlação de Pearson entre os itens e as diferentes subescalas. Na Tabela 2, estão apresentados os valores obtidos em cada item.

Tabela 2 – Validade convergente/discriminante dos itens do W-BQ12

Itens	Bem-estar negativo	Energia (itens 6 e 7 recodificados)	Bem-estar positivo
1. Tenho episódios de choro ou sinto vontade de chorar	0,56	-0,27*	-0,16
2. Sinto-me desanimada e triste	0,63	-0,48†	-0,34†
3. Sinto medo sem razão alguma	0,66	-0,24*	-0,19
4. Fico facilmente perturbada ou entro em pânico	0,69	-0,43†	-0,46†
5. Sinto-me enérgica, ativa ou cheia de vitalidade	-0,25*	0,55	0,46†
6. Sinto-me sem energia ou mole	-0,38†	0,65	0,29*
7. Sinto-me cansada, esgotada ou exausta	-0,49†	0,55	0,26*
8. Acordo sentindo-me fresca e descansada	-0,22	0,49	0,44†
9. Estou feliz, satisfeita ou contente com a minha vida pessoal	-0,21	0,25*	0,48
10. Tenho o tipo de vida que queria ter	-0,20	0,26*	0,46
11. Sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões	-0,27*	0,56†	0,44
12. Sinto que posso facilmente lidar com qualquer problema grave ou grande mudança na minha vida	-0,36†	0,28*	0,42

Nota: consideraram-se significativos os valores de r no nível de $p < 0,05^*$ e $p < 0,01^†$ para $n=74$; os valores da correlação relativos a cada subescala foram corrigidos para sobreposição

Tendo como critério que as correlações dos itens com a subescala à qual pertencem deveriam ser superiores a 0,10, relativamente à sua correlação com as restantes subescalas, e analisando os itens que se mostraram problemáticos na análise de componentes principais, constatou-se que os itens 5, 7 e 8 não apresentaram poder discriminativo entre as subescalas. O item 11 (sinto entusiasmo para enfrentar as minhas tarefas diárias ou tomar novas decisões), que também se mostrou problemático na análise de componentes principais, mantém maior correlação com a subescala *energia*, com diferença superior a 0,10, relativamente à subescala à qual originalmente pertence – *bem-estar positivo*. Nesse sentido, e dado que a análise da validade convergente/discriminante dos itens reforça os resultados obtidos na análise dos componentes principais, pondera-se a possibilidade de o item 11 passar da subescala *bem-estar positivo* para a subescala *energia*. No entanto, tentou-se, ainda, a possibilidade de os construtos se associarem de forma mais adequada, em duas subescalas, pelo que se efetuou novamente a análise de componentes principais, forçando-se a dois fatores. A solução fatorial resultante não foi satisfatória, dado que os itens considerados mais problemáticos se mantiveram, optando-se, finalmente, por manter a estrutura de três dimensões do W-BQ12, alterando o item 11 da subescala *bem-estar positivo* para a subescala *energia*.

Validade convergente

De forma a se avaliar a validade convergente dos construtos em avaliação nas diferentes subescalas do W-BQ12, calculou-se a sua correlação com a PBGS preenchida simultaneamente. A observação da Tabela 3 permite verificar correlação negativa entre a percepção de *bem-estar geral* e luto, ou seja, quanto maior a percepção de *bem-estar* menor é a expressão do luto, isto é, luto mais resolvido correspondente ao esperado. Relativamente à percepção de *bem-estar negativo*, observa-se correlação positiva com o luto. A correlação da percepção de *energia* e do *bem-estar positivo* com o luto não se apresentou estatisticamente significativa.

Tabela 3 – Validade convergente entre o W-BQ12 e a PBGS

W-BQ12	PBGS
Escala <i>bem-estar geral</i>	-0,30*
Subescala <i>bem-estar negativo</i>	0,36*
Subescala <i>energia</i>	-0,13
Subescala <i>bem-estar positivo</i>	-0,22

Nota: consideraram-se significativos os valores de r no nível de $p < 0,01^*$

Em resultado da aplicação do instrumento em análise e, no sentido de se conhecer a percepção de bem-estar que as mulheres manifestam, após uma situação de perda involuntária de gravidez, foram calculadas a amplitude, média e desvio padrão nas várias dimensões, propostas pela autora, bem como na escala global (Tabela 4). A análise dos resultados nas subescalas permite dizer que, nesta amostra, a percepção de *bem-estar positivo* aparece com o valor mais elevado, seguindo-se a *energia* e o *bem-estar negativo*, em último lugar. Quanto ao *bem-estar geral*, apresenta valor que medeia entre o do *bem-estar positivo* e o da *energia*.

Tabela 4 – Distribuição da amplitude, média e desvio-padrão das subescalas do W-BQ12 e escala global (n=74)

Subescalas e escala total	nº de itens	Amplitude	Média	Desvio-padrão
Bem-estar negativo	4	0-12	5,49	3,24
Energia	5	1-15	8,89	3,53
Bem-estar positivo	3	2-9	6,27	1,75
Bem-estar geral	12	7-33	21,68	6,69

Confiabilidade

Pode-se dizer que, quanto à confiabilidade, os resultados deste estudo são similares aos de outros estudos orientados pela autora^(5,7), embora as dimensões da amostra difiram. Na subescala *bem-estar positivo*, observou-se o valor mais baixo de alpha de Cronbach, o que, de acordo com alguns autores⁽³⁾, traduz mais fraca consistência interna. A subescala *energia* apresenta razoável consistência interna, facto que também foi verificado num dos estudos da autora, com valor ainda mais baixo do que o aqui apresentado⁽⁵⁾, enquanto nas subescalas *bem-estar negativo* e *bem-estar geral*, isto é, onde se verificam bons valores de consistência interna, o que se aproxima mais dos estudos referidos pela autora.

Na Tabela 5, são mostrados os resultados da análise da fidelidade das diferentes subescalas e escala global, bem como os resultados obtidos em dois estudos orientados pela autora, os quais foram designados a um estudo efetuado numa amostra de doentes diabéticos⁽⁵⁾, e b, um outro, efetuado numa amostra de indivíduos adultos com deficiência da hormona do crescimento⁽⁷⁾.

Os resultados obtidos nesta amostra estão muito próximos daqueles do estudo a, embora um pouco inferiores aos obtidos no estudo b.

Discussão

A assistência de qualidade implica em novas relações entre o cuidador e aquele que é cuidado⁽¹²⁾, conduz a novas estratégias de cuidado, procurando-se objetivar

Tabela 5 – Fidelidade do W-BQ12 na amostra em estudo e em estudos da autora

Subescalas e escala total	Itens e seu valor de consistência interna (estudo atual)	Alpha de Cronbach (estudo atual) n=74	Alpha de Cronbach (estudo a) n=464	Alpha de Cronbach (estudo b) n=148
Bem-estar negativo	Item 1=0,56	0,81	0,78	0,86
	Item 2=0,63			
	Item 3=0,66			
	Item 4=0,60			
Energia	Item 5=0,61	0,79	0,69	0,86
	Item 6=0,65			
	Item 7=0,53			
	Item 8=0,53			
	Item 11=0,56			
Bem-estar positivo	Item 9=0,49	0,60	0,80	0,88
	Item 10=0,47			
	Item 12=0,29			
Bem-estar geral	12 Itens	0,84	0,85	0,93

o subjetivo, sendo para isso fundamental o recurso de instrumentos de avaliação fidedignos e válidos.

Pretendeu-se com este estudo analisar as propriedades métricas do W-BQ12, quando aplicado a uma amostra de mulheres em situação de perda involuntária de gravidez.

Sendo a maternidade uma ideia tão intrínseca e culturalmente desenvolvida pela mulher, entende-se que qualquer acontecimento que a coloque em causa, interfira no seu *bem-estar*, na medida em que a vai distanciar das suas aspirações, podendo influenciar negativamente o julgamento que fará sobre sua satisfação com a vida⁽¹³⁾. Estudou-se, assim, uma amostra de mulheres que havia passado por experiência de perda de gravidez. Decidiu-se aplicar o instrumento em estudo, entre quatro e seis semanas pós-perda, por ser já considerado um período de recuperação e superação⁽¹⁴⁾, embora isso, por ser tão individual, seja tão difícil de definir.

No que se refere à estrutura conceptual do instrumento para esta amostra, resultante da análise exploratória de três fatores, demonstrou alguma instabilidade no posicionamento de alguns itens, sobretudo no nível da subescala *energia*, verificando-se que os itens relativos à energia negativa e aqueles relativos à energia positiva apresentavam simultaneamente agregação às subescalas *bem-estar negativo* e *bem-estar positivo*, respetivamente, o que, de acordo com alguns autores, se tem, igualmente, verificado em outros estudos^(5,8). Esse facto foi confirmado no estudo da validade convergente/discriminante dos itens, uma vez que, embora alguns itens apresentassem boa correlação com a subescala à qual pertenciam, se correlacionavam com outra subescala, apresentando validade discriminante inferior a

0,10. Dado que, após análise exploratória a dois fatores, se mantinham os mesmos itens problemáticos, optou-se por manter a solução com três subescalas, alterando o item 11, o que está de acordo com a opção tomada por outros autores^(5,8).

Conclui-se que a subescala menos robusta é a da *energia*, facto que se deve à estrutura conceptual dos seus itens, que incluem características que, na nossa cultura, podem se refletir no nível de energia, mas, também, no bem-estar.

A dificuldade em discriminar entre alguns itens da subescala *energia* com *bem-estar positivo* ou *bem-estar negativo* pode se dever ao facto de a mesma subescala apresentar uma dimensão de energia positiva e outra de energia negativa e, as respondentes, na situação em estudo, terem alguma dificuldade em dissociar esses dois conceitos.

A subescala *bem-estar negativo* é a que apresenta a melhor consistência interna, contrariamente, a subescala de *bem-estar positivo* apresenta consistência interna mais fraca⁽³⁾, dado que o valor se situa entre 0,60 e 0,70, apesar de muito próximo do valor superior, embora sejam aceitáveis valores acima de 0,60⁽²⁾, justificáveis, sobretudo, se as escalas têm reduzido número de itens. Apesar desses valores parcelares, o *bem-estar geral* apresenta boa consistência interna.

O W-BQ12 apresentou resultados consistentes, quando correlacionado ao PBGS – Escala de Avaliação do Luto Perinatal, com a existência de dois construtos díspares (o *bem-estar* subjectivo e o luto) embora inter-relacionados. Observou-se correlação negativa entre *bem-estar geral* e luto, ou seja, quanto maior a percepção de *bem-estar* menor a expressão do luto, isto é, luto mais resolvido. Por outro lado, a subescala *bem-estar negativo* apresentou correlação positiva com o luto, ou seja, associa-se a um luto mais ativo, menos resolvido.

A perda da gravidez com todas as suas implicações, enquanto evento estressor, poderá interferir negativamente na percepção que cada mulher faz do seu bem-estar. À medida que a expressão desse desgosto vai diminuindo, e se vai resolvendo esse luto, é recuperado o nível de bem-estar, tornando-se gradualmente mais positivo.

Relativamente às subescalas *energia* e *bem-estar positivo*, observaram-se correlações negativas com a escala de luto, embora não se mostrassem estatisticamente significativas.

A análise dos resultados aqui mostrados permite inferir que as participantes desta pesquisa apresentavam níveis satisfatórios de *bem-estar positivo*, *bem-estar geral* e *energia*, compatíveis com processo de luto em resolução, revelando satisfação com a sua vida pessoal e entusiasmo e confiança para continuarem o seu percurso na vida.

Conclusão

De acordo com os resultados obtidos, pode-se dizer que a versão portuguesa do W-BQ12 mostrou ser uma medida fidedigna e válida para a avaliação do bem-estar em mulheres em situação de perda involuntária da gravidez, dados os valores razoáveis da consistência interna das subescalas e da escala global, bem como a estrutura resultante da análise fatorial. O questionário mostrou ser sensível para uma população diferente daquela anteriormente utilizada, sendo indicador da sua validade. Seria, no entanto, interessante, considerar a sua aplicabilidade numa amostra maior.

A utilização de um instrumento como esse permite, com maior precisão, avaliar e identificar as mulheres em risco de luto mais prolongado, ou mais complicado, após perda involuntária da gravidez.

Referências

1. Bonanno GA, Kaltman S. The Varieties of Grief Experience. *Clin Psychol Rev.* 2001;21(5):705-34.
2. Ribeiro JLP. Metodologia de Investigação em Psicologia da Saúde. 3ª ed. Porto: Legis; 2010. 170 p.
3. Pestana MH, Gageiro JN. Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS. 5ª ed. Lisboa: Sílabo; 2008. 692 p.
4. Bradley C. The Well-being Questionnaire. In: Bradley C, editor. Handbook of Psychology and Diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice. Switzerland: Harwood Academic Publishers; 1994. p. 89-110.
5. Riaz A, Bradley C, Barendse S, Ishii H. Development of the Well-being questionnaire short-form in Japanese: the W-BQ12. *Health Qual Life Outcomes* [periódico na Internet]. 2006 [acesso 25 out 2009]; 4(40):1-10. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1563454/>.
6. Mitchell J, Bradley C. Psychometric evaluation of the 12-item Well-being Questionnaire for use with people with macular disease. *Qual Life Res.* 2001;10:465-73.
7. McMillan CV, Bradley C, Gibney J, Russel-Jones DL, Sönksen PH. Psychometric properties of two measures of psychological well-being in adult growth hormone deficiency. *Health Qual Life Outcomes* [periódico na Internet]. 2006. [acesso 17 jun 2010]; 4(16):1-10. Disponível em <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-4-16>.
8. Pouwer F, Snoeck FJ, Van Der Ploeg HM, Adèr HJ, Heine RJ. The Well-being Questionnaire: evidence for a three-factor structure with 12 items (W-BQ12). *Psychol Med.* 2000;30:455-62.

9. Ritsher J.B., Neugebauer R. Perinatal Bereavement Grief Scale: Distinguish Grief from Depression Following Miscarriage. *Assessment*. 2002; 9(1):31-40.
10. Koch C., Santos C., Santos MR. Tradução portuguesa, adaptação e validação da Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGs) em mulheres com perda de gravidez. *Rev de Enferm Referência*. 2012;3 Série (6):123-30.
11. Almeida LS, Freire T. Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação. 4ª ed. Braga: Psiquilibrios; 2007. 272 p.
12. Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS. O cuidado de enfermagem na visão de mulheres em situação de abortamento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. jan-fev 2007; [acesso 27 out 2011]; 15(1). Disponível em www.eerp.usp.br/rlae
13. Keyes CLM., Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *J Personal Soc Psychol*. 2002;82(6):1007-22.
14. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Practice Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007;21(2):229-47.

Recebido: 29.6.2011

Aprovado: 17.5.2012

Como citar este artigo:

Koch C, Santos C, Santos MR. Estudo das propriedades métricas da versão portuguesa para Portugal do Well-Being Questionnaire12 (W-BQ12) em mulheres com perda de gravidez. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun. 2012 [acesso em: _____];20(3):[8 telas]. Disponível em: _____

dia
mês abreviado com ponto

ano

URL

www.eerp.usp.br/rlae

Anexo V - Guias orientadores das entrevistas

GUIÃO DE ENTREVISTA PRESENCIAL	
Elementos de Identificação	Entrevista N.º Data: Local: Hora: Início..... Fim..... Entrevistada
	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimação da entrevistadora; • Contextualização da temática de investigação e seus objetivos; • Salientar a importância da participação da entrevistada para a investigação; • Solicitar autorização para a gravação; • Assegurar a confidencialidade; • Informar sobre o tempo previsto.
	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificar o impacto da perda da gravidez na mulher/casal e família; - compreender a vivência da perda nas suas várias dimensões; - identificar as necessidades em cuidados de enfermagem; - identificar estratégias utilizadas no processo de adaptação à perda.
Dados Biográficos	Idade Profissão Nível de escolaridade Estado civil
Dados Obstétricos	1ª Gravidez: Sim.....Não..... Nº de filhos: Idade gestacional: Planeada: Sim.....Não..... Aceite: Sim.....Não..... Vigilância: 1 Consulta.....Várias..... Ecografia: Sim.....Não..... Audição de batimentos cardíacos: Sim.....Não..... Conhecimento do sexo do bebé: Sim.....Não.....
	<p>Questão: Conte-me a história da perda deste bebé.</p> <p><u>Questões Orientadoras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que significado teve para si / Como se sentiu quando soube que ia perder o bebé? ▪ Que significado acha que teve para o seu companheiro/família? ▪ O que é que para si foi útil para se adaptar à situação? O que fez para se adaptar? ▪ Quem escolheria para conversar sobre a sua perda? ▪ Como foi a experiência no hospital? Ficou satisfeita com os cuidados? ▪ Que tipo de cuidados esperava dos profissionais de enfermagem? ▪ Sentiu-se apoiada em todo este processo? Por quem? ▪ Sentiu alteração na sua relação com o seu companheiro? ▪ Como foi retomar as suas atividades? Encarar os outros? ▪ Como encara o futuro? Quais as suas perspetivas?

GUIÃO DE ENTREVISTA TELEFÓNICA	
Elementos de Identificação	Entrevista N.º Data: Hora: Início..... Fim..... Entrevistada
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legitimação da entrevistadora; ▪ Contextualização da temática de investigação e seus objetivos; ▪ Salientar a importância da participação da entrevistada para a investigação; ▪ Assegurar a confidencialidade; ▪ Informar sobre o tempo previsto. 	
<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identificar o nível de satisfação com os cuidados recebidos no hospital; - identificar as pessoas mais significativas no apoio prestado durante o processo de perda; - identificar as estratégias mais utilizadas para se adaptarem/ultrapassarem a perda. 	
Dados Biográficos	Idade Profissão Nível de escolaridade Estado civil
Dados Obstétricos	1ª Gravidez: Sim.....Não..... Nº de filhos: Idade gestacional: Planeada: Sim.....Não..... Aceite: Sim.....Não..... Vigilância: 1 Consulta.....Várias..... Ecografia: Sim.....Não..... Audição de batimentos cardíacos: Sim..... Não..... Conhecimento do sexo do bebé: Sim.....Não.....
<p>Questões:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ficou satisfeita com os cuidados recebidos no hospital? ▪ Que tipo de cuidados esperava dos profissionais de enfermagem? ▪ Sentiu-se apoiada em todo este processo? ▪ Quais foram as pessoas mais significativas no apoio prestado? ▪ O que fez para se adaptar e ultrapassar a situação? 	

Anexo VI - Autorizações das Instituições Hospitalares para a realização do estudo



Comissão de Ética

A. Braga da Cunha (Dr.)
Presidente

A. Osvaldo Dias (Enf^o)

Carla Fraga (Dr^a);

F. Freitas de Sousa (Dr.);

Margarida Meireles (Dr^a);

Maria João Correia (Dr^a);

Paula Guimarães (Enf^o);

Pedro Cunha (Dr.);

*Deliberação autorizada o
sobretudo do estudo.*

30-7-08
[Signature]

Ex.mo Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

Assunto : Estudo " Ultrapassar a perda involuntária de gravidez - um modelo de intervenção em Enfermagem"

Ex.mo Senhor,

Apreciei o Projecto de estudo acima referido, a desenvolver no nosso hospital.

Verifiquei que cumpre as regras definidas pela Norma de Investigação Clínica definida para a instituição e que eticamente se propõe respeitar o princípio de autonomia e a confidencialidade dos dados clínicos recolhidos.

O texto de informação ao doente e de obtenção de consentimento esclarecido respeitam os mesmos princípios.

A orientadora do estudo de Doutoramento emitiu o seu acordo sobre o projecto.

Não foram verificadas objecções éticas à realização do estudo.

A presente investigação poderá ser útil para as mulheres que sofram uma perda involuntária da gravidez e para as profissionais que intervenham no seu acompanhamento.

Considero que será de autorizar a realização do presente estudo.

Os meus melhores cumprimentos, *Jessica*

[Signature]

António F. Braga da Cunha

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Reunião N.º 26 Em 30/07/08

6 et para eventual autorização
25.07.08 H.

Tel. 255714000

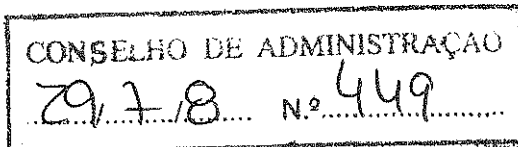
Fax 255714004

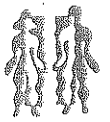
cespresidente@hpamerico.min-saude.pt

cessecretaria@hpamerico.min-saude.pt

Lugar do Tapadinho

4564-007 GUILHUFE -PENAFIEL





Exma. Sra.

Dra. Maria Cândida M.P. Koch

Rua Alfredo Cunha, 225, 7º esq.

4450-023 MATOSINHOS

31.09.2008 12:10:17

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

N.º

ASSUNTO Autorização para a realização de Projecto de Investigação


Projecto de Investigação – “Ultrapassar a perda involuntária da gravidez: um modelo de intervenção de enfermagem”

Junto envio em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética para a Saúde sobre o referido projecto, bem como cópia da autorização do Conselho de Administração para poder dar início ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 1 de Setembro de 2008

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde



Dr. Pedro Brito

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada ofício tratar só de um assunto.

Exma. Senhora
Professora Adjunta Maria Cândida Monato Pires Koch
Rua Alfredo Cunha, nº 225 – 7º Esq.
4450 – 023 Matosinhos

ULSM 21/11/08 3692 SAIDA

V/ Ref.ª

S/ Comunicação

N/ Ref.ª

CA/AA

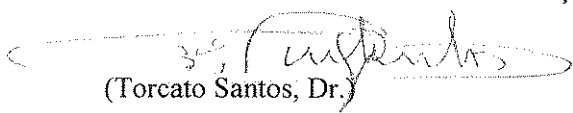
Assunto: Projecto de Investigação para a realização do Projecto de Investigação: "Ultrapassar a perda Involuntária da Gravidez – Um modelo de Intervenção em Enfermagem"

Em resposta à V/carta referente ao assunto mencionado em epígrafe, e na sequência da deliberação do Conselho de Administração, de 13 de Outubro de 2008, informa-se que o projecto de investigação se encontra autorizado nos termos definidos pela Comissão de Ética o qual se transcreve:

"Foi decidido nada opor à realização do estudo".

Com os melhores cumprimentos,

Presidente do Conselho de Administração


(Torcato Santos, Dr.)

Anexo VII - Declaração de consentimento das participantes

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo: Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: Um Modelo de Intervenção de Enfermagem

Eu, abaixo-assinado,

compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para reflectir sobre esta proposta de participação.

Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projecto de investigação, tal como me foi apresentado pela investigadora.

Data: ____ / _____ / 20____

Assinatura da participante: _____

A Investigadora responsável:

Nome: *Maria Cândida Morato Pires Koch*

Assinatura: _____

Anexo VIII - Informação sobre o estudo

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

Designação do Estudo: Ultrapassar a Perda Involuntária da Gravidez: Um Modelo de Intervenção de Enfermagem

Cara senhora

Chamo-me **Maria Cândida Morato Pires Koch**, sou Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem do Porto e, no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, estou a desenvolver um estudo que permita contribuir para melhorar o conhecimento sobre a intervenção de enfermagem facilitadora na transição após a perda involuntária de uma gravidez.

Venho desta forma solicitar a sua voluntária participação no estudo.

Pretendo identificar as necessidades em cuidados das mulheres que sofreram uma primeira perda involuntária da gravidez e ajudá-las nesse processo de luto e de transição.

O estudo engloba três fases. Na 1ª pretendemos identificar as necessidades em cuidados, através de entrevista realizada a algumas das participantes, 4-6 semanas após a perda da gravidez.

Na 2ª fase será feita a todas as participantes uma avaliação do luto e do seu bem-estar através da resposta a dois questionários. Nesse momento, o grupo de participantes será dividido aleatoriamente em dois e, a um deles, o grupo experimental, será solicitado que tenham semanal ou, quinzenalmente, encontros com o investigador por um período provável de três meses. O outro grupo, o de controlo, seguirá o percurso habitual no sistema de saúde.

Na 3ª fase do estudo e, passados os três meses, será feita uma segunda avaliação do luto e do bem-estar aos dois grupos de participantes, recorrendo-se aos mesmos questionários anteriormente utilizados.

O estudo terá como principal benefício a ajuda no processo de luto após a perda da gravidez. Não se prevêem riscos para as participantes.

Não existe qualquer tipo de remuneração compensatória para as deslocações previstas, ou para a participação no estudo.

O principal incómodo decorrente da participação neste estudo será o tempo dispendido na resposta aos inquéritos, conforme tenham de responder à entrevista ou

aos questionários e, no caso do grupo experimental, o tempo dispendido nas sessões de acompanhamento, assim como a deslocação ao local onde essas se efectuarem.

Tem o tempo que considerar necessário para reflectir e decidir sobre a proposta de participação e inclusive ouvir a opinião dos seus familiares e/ou amigos.

Tem o direito de decidir, livremente, aceitar ou recusar, a todo o tempo, a sua participação no estudo, não resultando disso qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Só a investigadora responsável terá acesso aos seus dados, pelo que se garante a privacidade e confidencialidade.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João – EPE.

A sua participação será um importante contributo para a melhoria dos cuidados a prestar no futuro, pelo que agradeço desde já a sua colaboração.

A Investigadora Responsável:

Maria Cândida Morato Pires Koch

Contactos: Tel. 229380203 ou Tlm. 962437644

E-mail – candida@esenf.pt