

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS**

**Intervenção no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE –  
Hospital Doutor José Maria Grande no sentido de uniformizar  
procedimentos perante uma mulher com morte fetal**

Sérgio Rui da Silveira Lança Carinhas

**Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

**Orientador:**  
Professora Maria Otília Brites Zangão

Setembro, 2011

**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS**

**Intervenção no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE –  
Hospital Doutor José Maria Grande no sentido de uniformizar  
procedimentos perante uma mulher com morte fetal**

Sérgio Rui da Silveira Lança Carinhas

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**

**Orientador:**

Professora Maria Otília Brites Zangão

Setembro, 2011

“Face à realidade, o que julgamos saber  
claramente ofusca o que deveríamos saber”

(Gaston Bachelard)

“Uma vez tendo experimentado voar, caminharás  
para sempre sobre a Terra de olhos postos no Céu,  
pois é para lá que tencionas voltar”

(Leonardo da Vinci)

## **DEDICATÓRIA**

Às minhas filhas, Catarina e Marta  
pelo tempo que não passei com elas

## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, por estes extraordinários três anos da minha vida.

À minha orientadora, Professora Otília Zangão, pelo saber partilhado e permanente apoio durante esta jornada.

Aos profissionais do serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Doutor José Maria Grande, nomeadamente aos enfermeiros, pela colaboração prestada.

Aos meus pais, por tudo...!

À minha esposa Paula, pelas críticas, pelos conselhos, pelas opiniões, pela troca de ideias.

Aos meus amigos, pela motivação e paciência.

## ÍNDICE

<b>DEDICATÓRIA</b> .....	<b>iv</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>v</b>
<b>ÍNDICE</b> .....	<b>vi</b>
<b>ÍNDICE DE QUADROS</b> .....	<b>viii</b>
<b>TÍTULO E RESUMO</b> .....	<b>9</b>
<b>TITLE AND ABSTRACT</b> .....	<b>10</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2. ANÁLISE DO CONTEXTO</b> .....	<b>13</b>
2.1.CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL .....	<b>13</b>
2.2.CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ..	<b>14</b>
2.3.DESCRICÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS .....	<b>15</b>
<b>3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES</b> .....	<b>18</b>
3.1.CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES .....	<b>18</b>
3.2.CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO- ALVO .....	<b>21</b>
3.3.ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO .....	<b>30</b>
3.4.RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO .....	<b>33</b>
<b>4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS</b> .....	<b>34</b>
4.1.OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL .....	<b>34</b>
4.2.OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO .....	<b>34</b>
<b>5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES</b> .....	<b>35</b>
5.1.FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES .....	<b>35</b>
5.2.METODOLOGIAS .....	<b>37</b>
5.3.ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS ..	<b>39</b>

5.4.RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS .....	41
5.5.CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS ....	41
5.6.ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL .....	43
5.7.CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA .....	44
<b>6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO .....</b>	<b>45</b>
6.1.AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS .....	45
6.2.AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA .....	47
6.3.DESCRICÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS .....	49
<b>7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS .....</b>	<b>51</b>
<b>8. CONCLUSÃO .....</b>	<b>53</b>
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>59</b>
<b>Anexo I – Planificação e fundamentação da acção de formação em serviço sobre o tema “Morte Fetal” .....</b>	<b>60</b>
<b>Anexo II – Acção de formação em serviço sobre o tema “Morte Fetal” ...</b>	<b>63</b>
<b>Anexo III – Norma de procedimento adoptada no serviço sobre o nome “Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal” .</b>	<b>71</b>
<b>Anexo IV – “Livro de Memórias” (versão masculina) .....</b>	<b>78</b>
<b>Anexo V - “Livro de Memórias” (versão feminina) .....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo VI – Questionário de avaliação da eficácia da formação .....</b>	<b>114</b>
<b>Anexo VII – Guia de satisfação da utente .....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo VIII – Declaração de autorização e incentivo ao desenvolvimento do projecto .....</b>	<b>119</b>

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1 – Caracterização das participantes .....</b>	<b>22</b>
<b>Quadro 2 – Descrição do orçamento do projecto de intervenção .....</b>	<b>43</b>
<b>Quadro 3 – Calendarização dos objectivos da intervenção .....</b>	<b>44</b>
<b>Quadro 4 – Momentos de avaliação intermédia .....</b>	<b>49</b>



## **TÍTULO**

Intervenção no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Empresa Pública do Estado – Hospital Doutor José Maria Grande no sentido de uniformizar procedimentos perante uma mulher com morte fetal

## **RESUMO**

Este relatório de intervenção é o culminar de um projecto que pretendeu conceber condições relacionais, ambientais e estruturais, a mulheres que tenham sofrido uma morte fetal no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Empresa Pública do Estado – Hospital Doutor José Maria Grande. Para tal, através de uma pesquisa exaustiva sobre o tema, e da auscultação de mulheres que passaram por este trauma, pretendeu-se sensibilizar a equipa de enfermagem através de momentos formativos, criar uma norma de procedimento a implementar no serviço, e estruturar orgânica e fisicamente o serviço no sentido de facilitar o acolhimento a mulheres que tenham sofrido uma perda fetal, com todas as consequências daí resultantes.

**TITLE**

Intervention in the service of Obstetrics and Gynecology, Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Empresa Pública do Estado - Hospital Dr. José Maria Grande in order to standardize procedures before a woman with fetal death

**ABSTRACT**

This intervention report is the culmination of a project intended to design relational conditions, environmental and structural, for women who have suffered a fetal death in the service of Obstetrics and Gynecology of the Local Health Unit of the Northern Alentejo, the State Public Enterprise – Hospital Doctor José Maria Grande. To this end, through an exhaustive research on the subject, and the sounding of women who went through this trauma, we intended to encourage the nursing staff through formative moments, create a standard procedure to implement the service, and organizational structure and physically the service in order to facilitate the reception of women who have experienced a fetal loss, with all resulting consequences.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório cumpre um dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus/Universidade de Évora. A Saúde Materna e Obstetrícia è a área da Enfermagem em que decorre o presente mestrado na variante de Relatório de Intervenção.

A intervenção decorreu no Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Doutor José Maria Grande (HDJMG) em Portalegre, que pertence à Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, Empresa pública do Estado (ULSNA, EPE), local onde desenvolve a sua actividade profissional.

Considerando a enfermagem a ciência do cuidar, compete ao enfermeiro promover o completo bem-estar da mulher que cuida. Prestar cuidados holísticos a uma mulher numa situação de morte fetal, é sem dúvida, uma questão de extraordinária complexidade. As dificuldades que os enfermeiros enfrentam ao lidar com esta situação, a juntar às experiências de dor física e sentimentos complexos destas mulheres, levaram-nos em busca da dinâmica emocional de mulheres que vivenciam esta experiência. Daí toda a razão e significado deste relatório de intervenção.

A população-alvo são todas as mulheres com idade gestacional superior a vinte semanas que tenham sofrido uma perda fetal. Pretendeu-se pois, com este trabalho, a par do saber empírico e do contacto pessoal com situações similares, desenvolver fundamentação teórica, pesquisar estudos sobre o tema e auscultar mulheres que tenham passado por esta situação, no sentido de atingir o objectivo de criar condições relacionais, ambientais e estruturais, a mulheres que tenham sofrido uma morte fetal no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG.

Para atingir os objectivos definidos para a intervenção propusemo-nos: sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática da morte fetal; proporcionar formação no seio da equipa de enfermagem no sentido de melhorar o acolhimento a mulheres que tenham sofrido uma perda fetal; criar uma norma de procedimento a adoptar no serviço no sentido de prestar cuidados a estas mulheres durante o

internamento; e, estruturar orgânica e fisicamente o serviço no sentido de facilitar o seu acolhimento.

Este relatório encontra-se estruturado em nove partes: Introdução, Análise do contexto, Análise da população/utentes, Análise reflexiva sobre os objectivos, Análise reflexiva sobre as intervenções, Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas, Conclusão e Referências bibliográficas. Deste trabalho fazem parte ainda Anexos, devidamente referenciados ao longo do texto.

O relatório desta intervenção é apresentado segundo a Norma Portuguesa para trabalhos escritos e de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem (ordem de serviço nº18/2010).

## **2. ANÁLISE DO CONTEXTO**

### **2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL**

O Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA encontra-se situado no 4º piso do edifício principal do HDJMG, sito na Avenida de Santo António em Portalegre. De referir que esta Unidade tem a denominação de Maternidade Doutor Francisco Feitinha desde Dezembro de 2009.

É constituído por duas alas. A ala esquerda é composta pelo internamento propriamente dito, da qual fazem parte seis camas para puérperas, duas para indução de Trabalho de Parto, quatro para a Patologia da Gravidez, seis para utentes do foro ginecológico e um isolamento, o que perfaz um total de dezanove camas. Desta ala fazem ainda parte a sala de Preparação para o Parto, uma sala de enfermagem, uma sala de pausa, uma sala de pensos, uma sala de trabalho, uma sala para Recém-Nascidos com reanimador, dois gabinetes, uma rouparia, uma sala de sujeitos, um refeitório para as utentes com copa e uma casa de banho.

Na ala direita existe um gabinete de atendimento às urgências com ecógrafo, uma sala para Cardiotocografia, dois gabinetes para ecografia, três gabinetes médicos para consulta (um deles com ecógrafo), uma sala para os médicos, o gabinete do Director do Serviço, três quartos médicos, duas salas de partos (uma delas preparada para Histeroscopias), uma sala de reposição de material, uma sala de pausa, um vestiário, duas casas de banho e uma sala de sujeitos.

Não havendo ainda dados estatísticos completos de 2010, reportamo-nos apenas ao período de 1 de Janeiro a 30 de Setembro do mesmo, em que no que se refere à área de Obstetrícia o nº de dias de internamento foi de 1404, com uma demora média de 3,09 dias e uma taxa de ocupação de 39,56%. No que respeita às Consultas Externas foram realizadas 547 consultas de Obstetrícia, 541 de Interrupção Médica da Gravidez e 416 de Gravidez de Risco, num total de 349 primeiras consultas e 1155 consultas

subsequentes. Foram realizadas ainda 705 Cardiotocografias e 947 ecografias obstétricas. O número de cirurgias urgentes foi de 180. Nesse período registaram-se ainda 149 partos eutócicos e 164 distócicos, dos quais 104 cesarianas. Os recém-nascidos registaram um total de 848 dias de internamento, com uma demora média de 2,43 dias e uma taxa de ocupação de 20,71%. Para terminar falta referir que o nº de episódios de urgência foi de 571.

Quanto à área de Ginecologia, os dias de internamento foram de 836, com uma demora média de 3,44 dias e uma taxa de ocupação de 51,04%. Foram realizadas 1136 consultas de ginecologia, 165 de planeamento familiar e 264 de patologia cervical, num total de 525 primeiras consultas e 1040 consultas subsequentes. Foram realizadas ainda 98 biópsias, 92 colposcopias, 97 histeroscopias, 9 criocoagulações e 241 ecografias. O total de cirurgias convencionais foi de 253 e de carácter urgente 92.

## 2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

Do serviço fazem parte a Enfermeira Chefe, Especialista na área Médico-Cirúrgica, onze Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO), uma Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica e quatro Generalistas. Na área médica existem quatro Obstetras/Ginecologistas residentes e um Anestesiologista que dá apoio à analgesia epidural e às cirurgias obstétricas e ginecológicas vinte e quatro horas por dia, para além de outros Especialistas da área que fazem Serviço de Urgência, mas que não fazem parte do Quadro Hospitalar. As Assistentes Operacionais são em número de nove.

Em termos de regime de trabalho o serviço dispõe, para além da Enfermeira-Chefe, de três elementos de horário fixo, dois Enfermeiros Especialistas e um Enfermeiro Generalista. Os restantes enfermeiros desenvolvem as suas actividades em regime de Roullement.

Dada a especificidade do serviço e as suas necessidades próprias, e excluindo as manhãs de semana cuja responsabilidade recai sobre a Enfermeira Chefe do serviço ou sobre o Enfermeiro Especialista de horário fixo, é definido antecipadamente um elemento por turno que fique responsável pelo mesmo. Este elemento tem funções específicas tais como: assegurar os cuidados na urgência Obstétrica e Ginecológica, sala

de dilatação e sala de partos; e acompanhar as grávidas patológicas. Estas funções são assumidas sempre por um Enfermeiro Especialista na área de saúde Materna e Obstetrícia.

De uma maneira geral a equipa multidisciplinar presta cuidados às utentes dando apoio à Urgência Obstétrica e Ginecológica, internamento obstétrico (patologia da gravidez, acompanhamento do trabalho de parto, parto e puerpério) e ginecológico. Neste serviço funcionam ainda todas as consultas de apoio ao nível externo que sejam do foro Obstétrico e Ginecológico, incluindo consultas de primeiro, segundo e terceiro trimestres e grávidas de risco, com o respectivo acompanhamento ecográfico, incluindo a ecografia morfológica.

De referir ainda que neste serviço são feitos todos os exames ginecológicos que a instituição oferece. Esta unidade acompanha ainda utentes em processo de Interrupção Voluntária da Gravidez. Por último, resta constatar que desde Março de 2008 se deu início a um Projecto de Preparação para o Parto, para todas as utentes grávidas que queiram participar nele, sendo ministrado por três das Enfermeiras Especialistas do serviço com Curso de Preparação para o Parto.

### 2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A pessoa é um ser para quem as coisas têm significado e a maneira de viver no mundo é através de actividades práticas, comprometendo-se com as coisas que têm significado e valor para com o seu mundo. A pessoa é um ser auto-interpretativo, embora de uma forma não teórica, porque as coisas têm significado para ela e toma uma dada posição quando expressa a sua opinião ou age de acordo com o que lhe interessa. A pessoa, para além de ter um corpo, tem uma inteligência corporal que torna possível desenvolver-se perante situações numa harmonia entre a mente e o corpo, (HEIDEGGER, 1980).

Ainda para esta autora, a pessoa é um ser temporal, não no sentido cronológico habitualmente utilizado, mas sim numa sucessão de experiências de vida. A temporalidade é pois, constitutiva da essência do ser, (HEIDEGGER, 1980).

Conhecer e compreender o fenómeno da vivência dos seres humanos, através do relato das suas experiências, estudos e bibliografia, contribui para o enriquecimento do enfermeiro e da Enfermagem como ciência, enquanto produção de conhecimento, mas é sobretudo encontrar uma forma de ir de encontro às preocupações e necessidades do ser humano que precisa de ajuda.

Dentro das Competências específicas que o EESMO deve assumir encontram-se as aprovadas em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica de dia 11 de Setembro de 2010 as quais foram aprovadas em Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros de 20 de Novembro de 2010, as quais estão regulamentadas no Regulamento nº127/2011 publicado no Diário da República, 2ª série, nº35, de 18 de Fevereiro de 2011 e que são as seguintes:

1. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional;
2. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal;
3. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto;
4. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós-natal;
5. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério;
6. Cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica;
7. Cuidar o grupo-alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade”.

Estas orientações vão de encontro ao que é preconizado pela International Confederation of Midwives e pela European Midwives Association, que é:

- Assumir os cuidados autónomos à mulher, família e comunidade em situação de saúde, nos períodos pré-concepcional, pré, intra e pós-natal e ao recém-nascido;
- Assumir os cuidados autónomos e interdependentes à mulher, família e comunidade em situação de doença, nos períodos referidos;
- Assumir a intervenção no âmbito do planeamento familiar, em ginecologia, na educação para a saúde e na investigação;
- Devendo assumir ainda, a utilização de resultados de investigação no planeamento, execução e avaliação de cuidados prestados à mulher, família e comunidade.



Como tal, e considerando a enfermagem a ciência do cuidar, compete ao enfermeiro promover o completo bem-estar da mulher que cuida. Ao manifestar interesse por projectos que estudem fenómenos que interferem no completo bem-estar físico, psíquico e social da pessoa humana, a enfermagem irá realçar e reforçar as suas próprias atribuições cuidativas. Prestar cuidados holísticos à mulher numa situação de morte fetal, é sem dúvida, uma questão de extraordinária complexidade.

O estudo do fenómeno Morte na gravidez é uma problemática que se insere num contexto mais lato, ou seja, a perda e o luto bio-psico-sociais. É, portanto, um acontecimento subjectivo, uma vez que adquire uma identidade própria e única, directamente influenciada pelo projecto de gravidez e de parentalidade, expectativas e vivências, bem como a causa de morte.

Pelo contacto pessoal de alguém ligado ao mundo da Obstetrícia e seus fenómenos, destacam-se experiências de mulheres que ao sofrerem uma perda fetal evidenciaram, para além da dor física, sentimentos complexos, os quais trazem à tona conflitos relacionados à identidade feminina, ao papel da mulher na sociedade e à morte e seus tabus.

Por outro lado, e para o enfermeiro, culturalmente a morte está associada a um insucesso, devido à sua proximidade e contacto com as utentes. Assim, a vivência e compreensão da morte, sendo inevitável, engloba dificuldades e problemas de carácter ético e comunicacional difícil para os profissionais de saúde, especificamente aos que se encontram ligados aos cuidados directos em Obstetrícia.

Pensa-se, por isso, que o conhecimento profundo deste fenómeno, associado ao conhecimento da dinâmica emocional das mulheres que vivenciaram a experiência de uma morte fetal, poderá trazer às equipas de saúde conhecimentos para atender adequadamente estas mulheres, e assim possibilitar-lhes uma vivência e uma elaboração adequada do luto pela perda do bebé. Daí a razão da existência desta intervenção.

### 3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

#### 3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A mulher grávida para alguns autores, nomeadamente (LOWDERMILK, PERRY & BOBAK, 2002) é “a mulher gestante”, a mulher que está a gerar um filho, logo a população de utentes é constituída por todas as mulheres grávidas com idade gestacional superior a 20 semanas que recorrem ao serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HDJMG, em qualquer das suas valências: Consulta Externa ou Urgência Obstétrica. Justifica-se esta idade gestacional (20 semanas), em virtude da Morte Fetal apenas ser considerada pelos autores presentes na bibliografia a partir dessa data.

Portanto a população de utentes é constituída por mulheres em idade fértil, centrada na faixa etária entre os 18 e os 38 anos, e à partida são mulheres iguais a tantas outras. Mas a grávida apresenta particularidades muito específicas ao nível das alterações físicas e adaptações psicológicas por que passa durante a gestação. Não se pode fazer uma caracterização desta população tão específica, sem referir estes e outros aspectos.

*“A gravidez é um fenómeno diferenciado, na vida de uma mulher, em que esta tem de passar por adaptações, tanto físicas, como emocionais. A mulher tem o seu corpo modificado pelos efeitos hormonais e adapta-se, ou pelo menos, tenta adequar-se a estas mudanças”, (CAMACHO, VARGENS, PROGIANTI & SPÍNDOLA, 2010, p.116).*

*“As alterações que ocorrem durante a gravidez talvez sejam as mais significativas modificações que o ser humano pode sofrer. A gravidez e o nascimento de uma criança são eventos psicossociais que afectam profundamente a vida da mulher e da família a ela ligada. Estes eventos são essenciais, do ponto de vista da mulher e família, para a construção da ideia de gestação e são favoráveis à adaptação, tanto da*

*mulher quanto da sua procedência, às transformações decorrentes da gravidez, além de ajudá-la a manter a sua saúde e prepará-la para o nascimento do seu filho”, (MOURA, 2006; BRANDEN, 2000; CAMACHO e VARGENS, 2010, como citado em CAMACHO et al, 2010, p.116).*

*“De entre as alterações gestacionais, destacam-se as emocionais, que se caracterizam por oscilações de sentimentos e se repercutem nas relações familiares, na satisfação dos casais e dos seus filhos”, (FREITAS, COSTA, RAMOS e MAGALHÃES, 2003; CAMACHO e VARGENS, 2010, como citado em CAMACHO et al, 2010, p.116). As alterações fisiológicas, assim como as emocionais, quando associadas à gravidez podem ser significativas. Existe também uma interação entre as transformações internas (não perceptíveis) e externas (visíveis) emitindo de uma forma particular, reacções nos protagonistas. São tentativas de sucesso do corpo feminino para adaptar-se ao novo corpo em desenvolvimento no ventre materno, (CAMACHO et al, 2010).*

*“A gravidez, pode então ser considerada como uma fase marcada por um estado de tensão, devido à expectativa das grandes mudanças que estão e continuarão a acontecer, principalmente para a mulher que passa, então, a ver-se e ser vista de maneira diferenciada, formando-se um novo papel: o de ser mãe”, (CAMACHO e VARGENS, 2010, como citado em CAMACHO et al, 2010, p.116).*

Ainda para as mesmas autoras, *“acontecem alterações hormonais muito importantes, marcadamente um contínuo aumento das concentrações de Progesterona e Estrogénio, até valores muito elevados, podendo-se assim entender que a gravidez afecta praticamente todas as hormonas do organismo materno. São diversas as alterações que ocorrem no organismo da grávida, e estão certamente a interferir no seu dia-a-dia. As alterações fisiológicas associadas à gravidez podem ainda ser subtis, ou marcantes, e embora sejam normais e necessárias, podem ser desconfortáveis e até mesmo causar medo”, (BRANDEN, 2000; NEME, 2006; LUZ, BERNI e SELLI, 2007; LUPTON, 2000, como citado em CAMACHO et al, 2010, p.116).*

*“No Primeiro Trimestre, talvez a mulher possa não sentir grandes diferenças, pelo facto das mudanças estarem a acontecer apenas internamente, não expondo as alterações no corpo que acontecerão já no Segundo Trimestre”, (CAMACHO et al, 2010, p.117).*

Esta segunda fase da gravidez é considerada a mais estável do ponto de vista emocional. A percepção dos movimentos fetais, um importante acontecimento na gravidez, faz com que a mulher possa sentir o feto como uma realidade concreta. Essa interação mãe-feto, extremamente importante para a formação da relação materno-filial que irá se estabelecer, é intensamente favorecida pelas imagens dos exames ecográficos, (CANAVARRO, 2001).

À chegada dos últimos meses surgem várias modificações fisiológicas: o feto tende a desenvolver-se mais rapidamente, ganhando peso e volume; as contracções fisiológicas acentuam-se; novamente o corpo materno tende a adaptar-se e a alterar os seus mecanismos para manter a estabilidade. A tudo isto se acrescenta o desconforto nas actividades sexuais. SOIFER (1986), acredita que tais modificações intensificam as ansiedades que, ainda por cima, se vão exacerbando pela noção da proximidade do parto. A incerteza quanto à data resume e sintetiza todas as outras incertezas e transforma-se num dos obrigatórios “leitmotivs”, através do “quando será o parto”, se expressam as incógnitas, nomeadamente de como será o parto, como será o bebé, qual será o sexo, como será criado.

O medo de morrer no parto adquire características intensas, em geral inconscientes. A crise de ansiedade pode expressar-se: pelo parto antecipado e por várias reacções somáticas, como gripes, cólicas, câibras, etc. Em reacção à incerteza, que constitui a ansiedade consciente dominante, reaparecem crises intensas, de duração variável, nas quais se expressa, em geral conscientemente, o medo de morrer no parto, da dor, do parto traumático, das anomalias e morte do filho, SOIFER (1986).

Ainda segundo CANAVARRO (2001), com a aproximação do parto, o nível de ansiedade tende a aumentar. Os preparativos para a chegada do bebé começam a intensificar-se e as dúvidas aparecem. As mais comuns dizem respeito aos primeiros sinais do trabalho de parto, à amamentação, à depressão pós parto, entre outros. A maternidade é uma nova experiência de vida, e o processo gestacional e de parir faz parte da consciência da raça, que obedece a uma das mais antigas leis da natureza: a lei de que a vida do indivíduo deve ser devotada não somente à auto-preservação, mas também à continuidade da espécie.

Por esta razão, a experiência da maternidade coloca a mulher com o ser feminino primordial, ser este que, às vezes adormecido dentro dela, acorda com sabedoria para executar uma antiga e tradicional tarefa de procriação, (CANAVARRO, 2001).

Ainda num plano emocional, embora existam mulheres que evidenciem, ao longo da gravidez, uma sensação de serenidade e total realização, manifestando uma vitalidade desconhecida e denotando uma imensa alegria e satisfação por todas as alterações por que passa o seu corpo, outras expressam uma disposição instável, até mesmo com súbitas crises de choro aparentemente inexplicáveis, têm sentimentos opostos de alegria e de tristeza ou preocupação, têm a tendência para se aborrecerem com facilidade, não aceitam as transformações corporais, (BRANDEN, 2000).

As reacções emocionais das mulheres grávidas são tão diversas que não é possível fazer uma descrição estandardizada. Embora exista quem atribua esta variabilidade emocional ao tipo de resposta de cada mulher às profundas alterações hormonais, sabe-se que o estado emocional é não claramente influenciado por outros factores não directamente relacionados com aspectos puramente físicos, mas com outros de natureza psicológica e ambiental, tantos e tão diversos que não vale a pena enumerá-los, (CAMACHO et al, 2010). Isto porque, por vezes, a mulher grávida tem sentimentos de angústia, provocados pelo desconhecimento do que se está a passar no seu corpo e do que vai ocorrer no futuro imediato.

### 3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO

As suas necessidades são aquelas que são descritas por vários autores referenciados ao longo do texto e que são específicas deste grupo de mulheres. Tal como foi feito no subcapítulo anterior, considera-se importante definir alguns termos e tecer algumas considerações, reforçadas pela opinião de alguns autores que se interessaram e escreveram sobre o tema. Extremamente importante foi ainda ouvir e detectar, através de entrevistas realizadas a algumas das mulheres que passaram por esta situação, pontos consonantes e que são descritos neste relatório.

E começemos por este último ponto, porque este é, talvez, um dos momentos mais significativos deste relatório: o da realização das entrevistas a mulheres que

sofreram uma morte fetal, e que estiveram internadas no HDJMG nos anos de 2008 e 2009. Estas entrevistas foram realizadas a seis mulheres, que serão designadas por participantes, e tiveram o intuito de perceber qual a sua vivência deste fenómeno. Estas entrevistas foram efectuadas alguns meses após terem ocorrido os factos, numa altura em que as emoções ainda estavam bem presentes.

Apresenta-se de seguida um quadro 1, onde serão caracterizadas de sobremaneira as seis participantes:

**Quadro 1 – Caracterização das participantes**

Utente	Data	Hora	Idade	Peso	Sexo	G/P	I.Gest.	G.S.	Vigil.	Parto
A	20/3/08	22.20	35	710gr	F	IV/III	27s	0+	Sim	Eutócico
C	13/7/08	18.00	30	2780	F	I/I	40s3d	A+	Sim	Eutócico
D	7/11/08	19.20	33	2680	M	II/II	36s	B+	Sim	Eutócico
E	18/11/08	02.45	24	2800	F	II/I	38s5d	0+	Sim	Eutócico
H	15/11/09	14.15	30	2000	F	II/I	34s	0+	Sim	Eutócico
I	23/11/09	08.53	27	3440	M	I/I	39s6d	B+	Sim	Ventosa

Fonte: Análise dos dados das entrevistas

As entrevistas foram semi-estruturadas, e tiveram como objetivo fornecer dados que permitissem compreender como foi a experiência de ter passado por esta situação no referido serviço de Obstetrícia. As questões orientadoras foram no sentido de perceber: qual a relação de ajuda que receberam por parte da equipa multidisciplinar, principalmente ao nível da enfermagem; quais os sentimentos/emoções que sentiram durante esse período; quais os seus pensamentos em relação à sua experiência de morte fetal e ao feto perdido; quais os seus pensamentos em relação ao parto propriamente dito e analgesia epidural; e, qual a sua percepção em relação à estrutura física onde estiveram internadas.

Da sua análise extraímos que foram diversos os sentimentos/emoções referidos pelas participantes deste trabalho, tais como: choque, sentimento de culpa, revolta, sensação de perda, negação, desespero e tristeza. Em relação ao apoio prestado pela

equipa de enfermagem, o consenso foi generalizado, referindo as participantes que deveria haver mais apoio a nível emocional. Foi-nos dito que “alguns enfermeiros são inseguros e não sabem lidar com a situação, pelo que se afastam”. Algumas referiram ainda que tiveram “muita necessidade em perceber o que se estava a passar”, e que as explicações que receberam foram poucas, muito por culpa da insegurança e falta de formação na área. Disseram-nos ainda que o “que mais precisaram nesta altura das suas vidas foi de uma palavra amiga” e de “algum carinho”, e não de “afastamento e altivez” com que foram tratadas por alguns elementos da equipa. Quanto ao apoio médico, em termos de relação humana, sustentaram ser predominantemente “frio, seco, arrogante e calculista”. Ideia quase unânime foi a de que necessitaram de apoio psicológico especializado (de um Psicólogo), de que algumas delas beneficiaram, e consideram ter sido de muita importância, pois foram ajudadas a “ultrapassar este período conturbado”, tendo conseguido o conforto de ouvir relatos de outras mulheres que passaram pela mesma situação. De uma maneira geral, consideram que a equipa multidisciplinar “acha tudo normal”, numa situação destas, executando as tarefas como se de outra situação se tratasse, necessitando segundo a opinião de algumas participantes de “Formação nesta área”.

Em relação ao Parto, foi opinião quase consensual que este tivesse sido eutócico, tal como é prática comum e à qual todas foram submetidas. Apenas uma admitiu que a “cesariana tinha sido a melhor situação”, tendo referido que o “parto normal é bonito de mais para se sair dali sem o recém-nascido”. A opinião das restantes participantes para a escolha do parto por via baixa, é justificado pelas mesmas por ser aquele que favorecendo a recuperação mais rápida, as levaria a engravidar novamente com alguma brevidade. Mas as razões não foram só estas, tendo havido quem referisse que “apesar de o bebé não estar vivo, é um momento muito importante nas suas vidas, sendo o parto “normal” a coisa mais bonita que pode acontecer a uma mulher”.

Voltando um pouco atrás e à necessidade de engravidar novamente, a justificação para este facto prende-se por duas ordens de razões: a primeira, embora não substituindo o “bebé morto”, serviria para atenuar a dor, podendo as mulheres oferecer aquilo que tanto tinham para dar aos recém-nascidos que não tiveram (amor, carinho, dedicação, etc); a outra, para testar a sua capacidade de gerar, percebendo assim se alguma coisa não estava bem com “o seu corpo”.

Outra das questões relacionava-se com a necessidade ou não de contactar com o bebé morto logo após o parto, ao qual quatro das participantes responderam ter “tido necessidade de ver”, enquanto duas não tiveram “coragem de tomar essa decisão”. O que ressalta deste facto, é que as duas últimas posteriormente “sentiram remorsos e se arrependeram” de não ter visto o bebé. As razões que as primeiras apresentaram para querer ver o recém-nascido foi o de se certificarem da existência ou não de algum “problema visível”; e, o querer ficar com uma “imagem/recordação do bebé”. Uma das participantes acrescentou ainda que o facto de ter contactado com o recém-nascido a ajudou a “ultrapassar a perda”, verbalizando em seguida que gostaria de ter visto melhor, e inclusivamente, “tocado”.

Em relação à enfermaria onde estiveram internadas e conseqüentemente à organização do serviço salientaram que o melhor “seria terem ficado sozinhas num quarto”, enquanto as que ficaram no isolamento do serviço referiram ter sido a “melhor solução”. As razões para esta opinião resultam do facto de ficarem isoladas das outras mães e seus recém-nascidos, de “não ouvirem o choro” dos mesmos, e ainda o facto de não quererem falar sobre os filhos “das outras mães”. Proferiram frases como estas: “Ouvir as outras crianças faz-nos mal”; “Ouvir os outros bebés faz-nos sentir revolta. Porque é que as outras têm e eu não?”; “É difícil ouvir os outros bebés e o nosso não estar ali”; “O pior que me podia acontecer era olhar para o corredor e ver a felicidade das outras mães com os seus bebés”; ou ainda, “Não queremos ver bebés, pois acabámos de perder o nosso”.

Em relação às visitas, deixaram a impressão de que a presença do companheiro e da família mais chegada é muito importante, o que as ajudou a suavizar a dor. Referiram ainda que as visitas deveriam ser condicionadas apenas àquelas pessoas com algum significado para a mulher que perde um filho.

Por último, a “dor física”, à qual as participantes não valorizaram muito a possibilidade de ter acesso a uma medida bloqueadora de sofrimento, como é o caso da analgesia epidural. Apenas uma das entrevistadas referiu que “era importante”, pelo facto de ser “uma coisa” que de alguma maneira “atenuava a dor”.

Para se compreender melhor o tema em questão, este trabalho não ficaria completo sem apresentar algum enquadramento teórico que sustentasse a temática em questão.



## **A vivência da Morte ao longo dos tempos**

Para melhor se perceber a evolução e contexto actual da morte fetal, considera-se pertinente incluir neste relatório uma breve ideia de como foi vivida a Morte ao longo dos Séculos.

ARIÉS (1988), historiador, dedicou grande parte da sua obra à pesquisa de como o Homem tem vivenciado a morte ao longo dos tempos e segundo este autor, os povos primitivos encaravam a morte como um fenómeno natural, desprendido de medos. Acreditavam na vida para além da morte e que os mortos tinham poderes, pelo que receavam os mortos e não a morte.

Também os Egípcios primitivos (cerca do séc. V a.C.), acreditavam na vida após a morte e que as almas dos mortos permaneciam na terra. Nesta época, a morte era entendida como um rito de passagem ou uma iniciação no Além, pelo que nada nela havia a temer, mas sim a respeitar, (OLIVEIRA, 1999).

Na Grécia antiga, a morte era encarada como algo natural e com alegria, como a libertação do espírito de um corpo que o aprisionava.

O Mundo antigo acreditava na imortalidade e na reencarnação. A ideia de vidas sucessivas está presente nos sistemas filisófico-religiosos mais antigos, nomeadamente nas principais manifestações espirituais orientais, (OLIVEIRA, 1999).

ARIÉS (1988) definiu quatro épocas determinadas pela atitude face à morte, desde a Idade Média até aos nossos dias: a primeira estende-se ao longo de um Milénio, Baixa Idade Média, e apresenta a morte domesticada ou familiarizada; a segunda explica a morte de si próprio, em que o Homem toma consciência da sua individualidade; a terceira salienta a morte do outro (da pessoa amada e não de si próprio); e, a quarta, a morte interdita (envergonhada, escondida), reportando-se estas duas últimas às atitudes contemporâneas.

Actualmente a morte é solitária e impessoal. O luto é envergonhado e o hábito de vestir roupa escura tende a desaparecer, mas continua a ser profundamente sentida no seio da família. Nas atitudes face à morte, existem diferentes medos associados à sua

morte ou à morte dos outros, dependendo estes, da idade dos indivíduos e das variáveis pessoais e culturais.

Durante muito tempo as circunstâncias físicas e psicológicas, foram menos importantes que as religiosas; hoje em dia as condições da boa morte mudaram, sem no entanto excluir a dimensão espiritual do morrer. Segundo ARIÉS (1988), o termo “morte apropriada” representa um conjunto de condições requeridas, para que um indivíduo morra bem, tendo em conta as condições que envolvem a morte.

Nos tempos actuais, a morte de uma criança constitui sempre um problema preocupante e de conteúdo especial, pelo potencial social que representa a vida de uma criança e pelo valor emocional da sua existência.

### **As emoções do Enfermeiro perante a Morte**

Vários autores realizaram estudos correlacionados com as emoções do enfermeiro perante a morte, entre eles KASTENBAUM e AISENBERG (1983), que revelam que, perante a inevitabilidade da morte, o enfermeiro expressa sentimentos desadequados de negação, de fuga, evitando pensar no assunto, e afastando a ideia da própria morte do pensamento. O encarar a morte do outro remete-nos para o confronto com a nossa mortalidade e desperta sentimentos de apreensão e angústia, que reflectem os próprios medos e inquietações do enfermeiro.

Estes sentimentos reflectem uma ineficácia da herança cultural do sistema educativo, levando-nos a questões como a formação dos enfermeiros para lidar com o problema da morte.

O confronto com a morte o processo de morrer impõe a necessidade de formular decisões sobre como agir nestas situações. Estes autores consideram que a forma como cada profissional encara esta situação depende da sua capacidade emocional, da sua atitude face à morte e à doença, e das suas próprias experiências prévias.

Os técnicos de saúde deverão considerar a morte tão ou mais importante do que a prevenção, a cura, a reabilitação, o ensino e a investigação, proporcionando a cada ser humano os melhores cuidados e atenção, (OLIVEIRA, 1999).

Lembrando que, além de enfermeiros, também somos seres humanos, é natural que face ao sofrimento se vejam cair lágrimas. OLIVEIRA (1999), diz-nos que tal não é sinal de fraqueza; por aqueles pais que muitas vezes sentimos carinho, por eles é que também a nós nos custa o seu sofrimento. O enfermeiro é um técnico de saúde e não uma máquina sem sentimentos.

Ainda segundo (OLIVEIRA, 1999), a morte de um utente é duramente vivenciada por todos os técnicos de saúde, mas as emoções são mais visíveis nos enfermeiros do que nos médicos, pois estes centralizam as suas respostas em torno da noção “alguém que é responsável”, ao passo que os enfermeiros percebem-se como “alguém que cuida”. As publicações médicas não psiquiátricas abordam só tecnicamente a morte, por outro lado as revistas hospitalares e as de enfermagem se centralizam nas atitudes pessoais e nas respostas emocionais à morte.

### **Morte Fetal**

AQUINO, GUEDES, MESQUITA, HERNANDEZ e CECATTI (1998), consideram como óbito fetal a morte do feto a partir da 20ª semana de gestação, sendo a morte do feto ocorrida anteriormente à sua expulsão ou extracção. Para estes mesmos autores, e segundo conceitos da literatura, o óbito fetal precoce é aquele que ocorre entre as 20 e as 28 semanas de idade gestacional, enquanto o tardio sucede após as 28 semanas completas. Outros autores como (CORR, NABE e CORR, 1994, como citado em CANAVARRO, 2006), consideram ainda que a designação de morte fetal deverá estender-se até ao momento do parto, englobando a morte do bebé que ocorre durante o trabalho de parto.

De acordo com GRAÇA (2000), a causa da morte fetal pode ser de natureza fetal (25 a 40%), placentar (25 a 35%), por causas maternas (5 a 10%), e por causas inexplicáveis (25 a 35%):

- Fetal – anomalias cromossómicas, defeitos não cromossómicos na origem do feto e infecções;
- Placentares – abrupção da placenta, hemorragia materno-fetal, acidente do cordão, insuficiência placentar, asfixia intra-parto, placenta prévia e transfusão de gémeo para gémeo;

- Maternas – anticorpos antifosfolipídeos, diabetes, hipertensão, factor traumático, factores laboratoriais anormais, sépsis, acidose, hipoxia, ruptura uterina, gravidez pós-termo e ingestão de drogas.

Apesar de em 80 a 90% dos casos os fetos mortos poderem ser eliminados espontaneamente, segundo AQUINO et al (1998), a indução do parto tem sido a conduta mais utilizada. Ainda segundo os mesmos autores, o tempo médio de indução foi de três horas e a maior parte (89,9%) teve parto por via vaginal, contra 9,1% de cesarianas.

### **O Processo de Perda**

Diz-nos CANAVARRO (2001), que a morte fetal envolve sofrimento psicológico pela perda do bebé real e imaginário e perda de auto-estima pela perda de: estar grávida e de união com o feto; maternidade antecipada; confiança no próprio corpo; confiança na capacidade de procriação; e futuro antecipado e imaginado. Que podem originar sentimentos de irritabilidade, vazio, vergonha, falhanço, raiva e culpa, sentimentos esses que muitas vezes são sentidos todos juntos provocando um emaranhado de emoções.

CANAVARRO (2001), traça ainda um paralelismo entre a perda gestacional precoce e a perda gestacional tardia. Para ela, a primeira representa a não satisfação de um desejo, a perda de uma parte de si, promove o isolamento social (não há conhecimento da existência deste bebé) e não existem rituais fúnebres; enquanto que na tardia, o processo pode ser facilitado pela presença de um corpo, mas no entanto, há uma maior vivência da gravidez, a mãe lida com perdas internas e externas e a perda vivenciada assemelha-se à perda de partes do “self” (amputações ou perdas de funções corporais).

Com a morte do feto, o casal perde todo o seu sonho ambicionado. Eles choram igualmente a perda da sua condição parental, (CANAVARRO, 2001).

Existem duas categorias de perda, a perda física e a perda simbólica. A perda física corresponde à perda de qualquer coisa palpável, pelo contrário a perda simbólica designa a perda de qualquer coisa inatingível, que o meio raramente admite como uma

perda capaz de fazer surgir sentimentos que têm que ser assimilados, (CANAVARRO, 2001).

Ainda para BRAZELTON e CRAMER (1989), no processo de perda as famílias também regridem. Diante desta, as famílias podem tornar-se desorganizadas, tensas e conflituosas.

### **O Processo de Luto**

O luto é a demonstração cultural ou pública do pesar através do comportamento. É o processo pelo qual a resolução do pesar/desgosto pode efectuar-se. É também o conjunto do processo desencadeado pela perda de um ente querido concretizado pela sua morte, (OLIVEIRA, 1999).

Para BRAZELTON e CRAMER (1989), perder alguém ou algo significa tristeza, sendo este sentimento uma reacção normal e adaptativa. Denomina-se de luto o processo através do qual esta tristeza é elaborada, a perda é o estado emocional que acompanha todo este processo.

Vários autores descrevem várias fases no processo de luto, nomeadamente CANAVARRO (2001), que refere três fases:

- Choque e negação – é a fase inicial do processo, que pode durar algumas horas ou dias e é marcada pela tentativa de recuperar o bebé perdido. O casal passa por sentimentos de choque, apatia, incredulidade e negação e pode reagir com zanga contra a equipa de saúde ou em relação aos próprios;
- Desespero – aqui há a tomada de consciência da perda, e vivem sentimentos de tristeza e sofrimento acompanhados de isolamento, letargia e por vezes desinteresse em comer e cuidar de si. Esta fase é caracterizada pela impaciência, instabilidade e falta de objectivos.
- Resolução e reorganização – nesta fase as memórias dolorosas são menos frequentes, o casal volta a ter interesse pelo mundo exterior, mas podem ainda surgir sentimentos de culpa.

Ainda na opinião de CANAVARRO (2001), o processo de luto estará concluído quando as fases descritas são completadas.

## O Luto Patológico

Neste caso, o que retarda a resolução do luto é essencialmente a raiva e a culpa que perduram indefinidamente. Segundo CANAVARRO (2001), existem quatro tipos específicos de respostas nas situações de luto patológico:

- Luto crónico – persiste durante muito tempo e torna difícil o desempenho das tarefas de rotina que integram a vida quotidiana;
- Luto atrasado – as respostas são inibidas, suprimidas, adiadas ou não resolvidas;
- Luto exagerado – respostas de intensidade excessiva, que invalidam muito a vida do indivíduo;
- Luto mascarado – existem sintomas físicos e psicológicos que causam dificuldades ao indivíduo, mas este não os associa à perda.

### 3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO ALVO

Não são conhecidos estudos sobre programas de intervenção em unidades hospitalares ou outras instituições similares na área da morte fetal ou de apoio às mulheres e família que possam ter passado por esta situação. O que existe, são estudos sobre a experiência materna submetida a tal fenómeno, os quais são bastante importantes para o conhecimento do fenómeno, e que são apresentados de seguida.

A morte fetal, a despeito das conquistas tecnológicas observadas actualmente na área médica, não é uma entidade rara, acometendo ainda cerca de 0,6 a 1,2% das gestantes na segunda metade da gravidez, (GRAÇA, 2000; AQUINO et al, 1998).

Estudos realizados por (TANAKA, 1994, citado por LORENZI, TANAKA, BOZZETTI, RIBAS & WEISSHEIMER, 2001, p. 143), mostraram ainda que *“apesar dos muitos avanços actualmente observados na Obstetrícia e da elevada percentagem de Cesarianas, não houve ainda uma melhoria significativa da mortalidade fetal e perinatal”*.

Em Portugal e segundo o INE (Instituto Nacional de Estatística) (2010), num universo de cerca de 99500 partos registou-se no ano de 2008, 341 mortes fetais, e no ano de 2009, 381. De 2004 para 2009, a taxa de mortalidade fetal decresceu nas Regiões Norte e Algarve (decréscimos relativos de 20,6% e 22,5%, respectivamente), aumentando nas restantes regiões. O crescimento foi mais acentuado no Alentejo, onde a taxa de mortalidade fetal passou de 3,7 para 4,7 óbitos fetais por 1000 nascimentos (aumento relativo de 27,0%). No serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HDJMG, e segundo dados estatísticos fornecidos pela instituição, registaram-se respectivamente 7 e 4 mortes fetais num universo de 439 partos em 2008 e 413 em 2009.

Vários estudos realizados por autores consagrados na área da Obstetrícia mostraram que as experiências de mulheres que sofreram uma perda fetal evidenciaram sentimentos complexos, os quais trazem à tona conflitos relacionados à identidade feminina, ao papel da mulher na sociedade e à morte e seus tabus, os quais são apresentados a seguir:

Segundo (QUAYLE, 1997, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 487), *“diante da perda de uma criança a construção da identidade da mulher grávida, desenvolvida ao longo da gestação, sofre uma brusca interrupção. A mulher tem, então, que lidar com sentimentos de impotência, de incapacidade, causando grande impacto na sua feminilidade”*. Desta forma, segundo (BARTILOTTI, 1998, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 487), *“rompe-se a possibilidade do exercício da maternidade, o que trás à tona sentimentos de fracasso”*. (SOIFER, 1986, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 487), comenta ainda que *“os desejos e sonhos da mulher em relação àquela criança são frustrados, impossibilitando-a de utilizar a sua capacidade maternal e trazendo-lhe uma dor insuportável”*.

De acordo com (DEFEY, 1992, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 487), *“reconhecidos sentimentos de culpa também devem ser mencionados, geralmente acompanhados de certas necessidades psicológicas de perceber as causas da perda fetal ocorrida, pois o que permanece no campo do desconhecido e do obscuro frequentemente fragiliza o mundo psíquico interno, tendo impacto inclusivamente nas tarefas do mundo quotidiano”*.

Quanto à questão da indução clínica do parto, (QUAYLE, 1997, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 487) comenta que *“não é rara, nesta fase, a existência*

*de fantasias de contaminação pela morte, já que a mãe viva e o filho morto ainda formam um continuum biológico. Nestas condições, o trabalho de parto é, geralmente, vivenciado como muito doloroso em todos os sentidos, fazendo as angústias pela perda da criança serem expressas somatoriamente à dor fisiológica do trabalho de parto”.* Essa vivência complexa, de acordo com (VIDELA e GRIECO, 1993, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 487), “*implica numa forma única de elaboração do luto pela morte da criança. A construção de vínculos afectivos fortes e de recordações de vivência mútua fica impossibilitada, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente e a ausência da criança é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo. Essa ausência de lembranças pode trazer a sensação de que a criança foi alguém que não existiu”.*

Sendo assim, (KENNELL e KLAUS, 1992, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 487) sugerem que “*a mulher e o seu companheiro sejam encorajados a olhar o bebê e, se possível, a tocá-lo. Essa vivência pode ser considerada pelos pais como uma experiência extremamente dolorosa e despertar, a princípio, uma tristeza profunda”;* porém, para (MALDONADO, 1982, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 487), esse momento marca a realidade da perda.

Num outro estudo realizado por (ST JOHN, COOKE e GOOPY, 2006, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 488) com mulheres que vivenciaram uma perda fetal, chegou-se à conclusão que “*essas mulheres evidenciaram a necessidade de mudanças nas práticas de saúde e de suporte mais adequado às mulheres que perderam os seus bebês antes do nascimento, não somente no puerpério, mas também nas gestações subsequentes. Referem ser de extrema importância ter alguém com quem conversar, pois se o houvessem tido não se teriam sentido isoladas e desamparadas”.*

(HSU, TSENG, BANKS e KUO, 2004, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 488), “*realizaram um estudo com vinte mulheres de Taiwan, com o objectivo de explorar os significados que elas haviam atribuído ao óbito fetal. (...) Os sentimentos presentes foram: perda de controlo, quebra nos sonhos, sentimentos de vazio, culpa, derrota pessoal e sentimentos de menos valia como mulher e em relação ao seu papel na sociedade”.*

(TRULSON e RADESTAD, 2004, como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 488-489) realizaram ainda um estudo “*referente à importância dos cuidados*



*recebidos pela mulher para o seu bem-estar emocional durante o parto de um bebê morto antes de nascer. (...) Nesse estudo, as mulheres mencionaram que, durante a indução do parto, emergiram dificuldades em expressar as suas preocupações, o desejo de dar à luz imediatamente e certa sensação de estar “fora” da realidade. Referem também que não se sentiram respeitadas como seres humanos durante o processo de diagnóstico de morte intra-uterina. Destacaram ainda que os profissionais de saúde não devem apressar o processo de indução do parto e realizá-lo imediatamente após o diagnóstico de óbito fetal”.*

Os autores do estudo reforçam a necessidade de os profissionais de saúde aproveitarem melhor o período que vai do diagnóstico de morte uterina até à indução do parto, para melhorar a capacidade das mulheres de elaborar o luto pela perda do bebê e prepará-las adequadamente para conhecê-lo e despedir-se dele. Os autores sugerem ainda mais pesquisas para identificar os mecanismos de suporte aos pais e também os efeitos iatrogênicos do trauma psicológico que possam ser eliminados, (TRULSON e RADESTAD, 2004 como citado em DUARTE & TURATO, 2009, p. 489).

### 3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Segundo MARTINEZ (1989), no recrutamento da população-alvo, torna-se fundamental que se encontrem pessoas que estejam a viver ou que vivenciaram o fenómeno pretendido.

Assim, e tendo como base três critérios de inclusão, a população-alvo será constituída por todas as mulheres:

- Com idade gestacional superior a 20 semanas, que tenham sofrido uma Morte Fetal;
- Que tenham sido triadas na urgência obstétrica e ginecológica ou na consulta externa da ULSNA, EPE – HDJMG;
- Que tenham estado internadas no serviço de obstetrícia e ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG;

## **4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS**

### **4.1. OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL**

São objectivos de intervenção profissional:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem da ULSNA, EPE – HDJMG, para a problemática da morte fetal;
- Proporcionar formação em serviço no seio da equipa de enfermagem da ULSNA, EPE – HDJMG, no sentido de melhorar o acolhimento a mulheres que tenham sofrido uma perda fetal;
- Criar uma Norma de Procedimento e adoptá-la no serviço de obstetrícia e ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, no sentido de prestar cuidados a estas mulheres durante o internamento;
- Estruturar orgânica e fisicamente o serviço de obstetrícia e ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, no sentido de facilitar o seu acolhimento.

### **4.2. OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO**

É objectivo a atingir com a população-alvo:

- Melhorar as condições relacionais, ambientais e estruturais no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE - HDJMG, para mulheres que tenham sofrido uma Morte Fetal.

## 5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

### 5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Cada mulher vive a gravidez e a maternidade de maneira diferente, consoante a sua cultura e as características da sua personalidade. No entanto, a perda de um filho é sempre considerada como uma tragédia, uma interrupção do ciclo natural da vida: gerar, parir e criar.

A maioria das mulheres entrevistadas refere que a perda de um filho é a maior dor que uma pessoa pode ter, pois além da perda emocional passam pela dor física de um parto, as contracções, para parir um bebé que irá nascer sem vida.

Durante a gravidez existe a idealização do bebé imaginário, que se torna mais real à medida que a gestação avança e se aproxima da altura do parto. Pelo que há uma grande diferença entre a perda gestacional precoce e a tardia, em que a ligação com o bebé, à partida, é maior.

A morte de um bebé constitui assim, uma perda enorme, sendo importante e necessário admitir a necessidade que os pais/família têm de chorar o seu bebé. A morte fetal é difícil de aceitar, o casal imagina o seu bebé desde o momento da confirmação da gravidez e as suas expectativas vão-se tornando mais reais com o evoluir da gravidez. Para CANAVARRO (2001), com a morte do feto (bebé esperado), o casal perde o seu sonho ambicionado. Os pais choram igualmente a perda da sua ambição parental. De acordo com BRAZELTON e CRAMER (1989), a perda de um bebé é uma variável de alto risco, pois favorece o surgir de uma forma complexa do sentimento de pesar e de desgosto. Ainda para este autor, existem duas categorias de perda, a física e a simbólica. A primeira corresponde à perda de qualquer coisa palpável, enquanto a segunda designa a perda de qualquer coisa inatingível, que o meio raramente admite como uma perda capaz de fazer surgir sentimentos que têm que ser assimilados.

Comparativamente com outros tipos de luto, o pesar maternal e parental, é particularmente intenso e persistente, comportando flutuações incomportáveis e importantes da duração dos sintomas.

BRAZELTON e CRAMER (1989), dizem-nos que o pesar designa a experiência das reacções psicológicas, comportamentais, sociais e físicas relativamente à perda. É um processo persistente, que dá lugar a numerosas mudanças ao longo do tempo. É uma reacção natural, donde a sua ausência é invulgar e pode indicar um processo patológico. É também uma reacção a todos os tipos de perda e não só à morte, dependendo da percepção particular da pessoa que sofre a perda, a qual não sente necessidade de ver reconhecida ou validada socialmente o seu pesar.

Em geral a idade do bebé não influencia o tipo de luto que os pais fazem. Para CANAVARRO (2001), todos os pais enlutados partilham sentimentos similares, não interessa se a criança tem duas horas, dois dias, dois anos ou vinte e dois anos. O luto é a demonstração cultural e pública do pesar através do comportamento. É o processo pelo qual a resolução do pesar/desgosto pode efectuar-se. É também o conjunto do processo desencadeado pela perda de um ente querido concretizado pela sua morte. Os pais que perdem um filho vêm as suas esperanças, sonhos e expectativas face ao bebé esperado desaparecerem. Perdem uma parte de si mesmos, de um e de outro, da sua família e do futuro de ambos.

A Instituição/maternidade, normalmente, é o primeiro filtro que mãe/pai/família tem que ultrapassar, e todo o pessoal que cuida deve pois estabelecer metas, estratégias e metodologias para suavizar, acompanhar, prestar cuidados direccionados a estas mulheres/pais e familiares de modo a que durante a sua passagem pelo serviço, que de uma maneira geral é quando surge o choque na cadeia do processo de luto, a mulher sinta da parte da equipa, principalmente da equipa de enfermagem, um contributo favorável no acompanhar da situação, no minorar do sofrimento, e não mais um problema com o qual se debate. Assim se justifica e fundamenta a intervenção principal, a de melhorar as condições no serviço de obstetrícia e ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, quer condições relacionais, como ambientais e estruturais, a mulheres que tenham sofrido uma Morte Fetal.

Serão pois, no subcapítulo seguinte, mencionadas as metodologias para atingir os objectivos da intervenção profissional e os objectivos a atingir com a população-alvo.

## 5.2. MEODOLOGIAS

Para atingir o objectivo pretendido com a população-alvo, foram estudadas estratégias que levassem aos objectivos da intervenção profissional.

Assim, as estratégias passaram por quatro pontos fundamentais: o de proporcionar no seio da equipa de enfermagem formação específica no sentido de melhorar o acolhimento a mulheres que tenham sofrido uma perda fetal; elaborar uma norma de procedimento e adoptá-la no serviço no sentido de prestar cuidados a estas mulheres durante o internamento; elaborar um álbum de recordações no sentido de facilitar o processo de luto por parte dos pais da criança; e, estruturar orgânica e fisicamente o serviço de obstetrícia e ginecologia no sentido de facilitar o seu acolhimento, os quais passo a relatar.

- Foi programada e realizada uma acção de formação em serviço, na sala multiusos do serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HDJMG sobre o tema “Morte Fetal” (**Anexo I**). Esta acção de formação teve a duração de 1 hora e foi realizada no dia 10 de Março de 2011, pelas 14 horas, com o objectivo de melhorar as condições do serviço, quer relacionais, como ambientais e estruturais, a mulheres que tenham sofrido uma morte fetal (**Anexo II**). O objectivo geral da formação foi o de sensibilizar a equipa de enfermagem para a problemática da morte fetal. Os objectivos específicos foram:

- Apresentar o Projecto de Mestrado em Saúde Materna e Obstetrícia, e a sua importância para o serviço;

- Informar sobre alguns aspectos cronológicos relacionados com a morte;

- Discutir sobre as emoções do enfermeiro perante a morte;

- Discutir conceitos de morte fetal;

- Definir o processo de luto normal e patológico, e os factores que dificultam esse mesmo processo;

- Apresentar o resultado das entrevistas efectuadas a mulheres que sofreram uma morte fetal e estiveram internadas no serviço;

- Apresentar a análise de alguns estudos científicos publicados nesta área;
- Apresentar uma proposta de “Norma de Procedimento” a adoptar no serviço após concordância da equipa de enfermagem, chefia de enfermagem e direcção clínica do serviço;
- Realizar uma avaliação da acção de formação.

- No seguimento do momento formativo, foi apresentada a proposta de “Norma de Procedimento” a adoptar no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do HDJMG (**Anexo III**), cujo nome “Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal” tinha como objectivos, os seguintes:

- Uniformizar a actuação dos enfermeiros;
- Facilitar a adaptação e o procedimento dos enfermeiros, perante uma utente com morte fetal;
- Criar condições relacionais, ambientais e estruturais a utentes que tenham sofrido uma morte fetal.

O campo de aplicação do procedimento seria, todas as utentes que dessem entrada no Obstetrícia e Ginecologia do HDJMG com o diagnóstico de morte fetal. A responsabilidade seria dos EESMO, e enfermeiros generalistas do serviço, responsáveis pela prestação de cuidados à utente com o diagnóstico de morte fetal. O Procedimento seria alicerçado em seis pontos principais: Internamento; Trabalho de Parto e Parto; Recém-Nascido; Enfermagem; Visitas; e, Analgesia.

- Foi elaborado ainda um “Livro de Memórias”, que foi apresentado à equipa de enfermagem do serviço no dia 20 de Abril de 2011, e cujo objectivo será o de proporcionar aos pais enlutados algo relacionado ao recém-nascido que os ajude a ultrapassar o luto. Este livro foi projectado em duas versões: masculina (**Anexo IV**); e, feminina (**Anexo V**). No seu conteúdo podemos encontrar alguns poemas de autores portugueses e estrangeiros, dados biográficos relacionados com o recém-nascido e sua árvore genealógica, frases interactivas de auto-ajuda para os pais que sofreram a perda, locais próprios para colocar fotografias e impressões digitais do recém-nascido (opcional), e, algumas “orientações” para os pais poderem seguir, se o entenderem, durante esta fase triste e penosa.

- Em relação à ergonomia do serviço, durante as primeiras duas semanas do mês de Maio de 2011, foi remodelada a única enfermaria individual do serviço, com o intuito de receber todas as utentes/companheiros/familiares que se enquadrem no perfil diagnosticado. Sendo a enfermaria dotada de um quarto e de uma casa de banho privativa, e de as cores que o compõem transparecerem uma cor alegre (azul claro), houve apenas a necessidade de alegrar a mesma com alguma decoração apropriada para a situação, e de obviar a vista do quarto que dá para o acesso ao Instituto de Medicina Legal. Assim, a enfermaria passou a contar com três quadros (pinturas) da instituição, foi decorada com uma mesa-de-cabeceira mais informal, e, foi colocado um cortinado, igualmente de cor alegre, na janela do quarto. A enfermaria foi dotada ainda de uma jarra com flores e de uma fruteira, que deverá estar sempre completa com fruta da época. O quarto não ficaria completo, e atendendo ao preconizado pela norma de procedimento, se não integrasse um cadeirão articulado para o acompanhante da utente, salvaguardando a possibilidade da pernoita.

### 5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

Foram elaborados dois documentos no sentido de avaliar as alterações preconizadas para o serviço. O primeiro consistia num questionário de avaliação da eficácia da formação realizada no dia 10 de Março de 2011 (**Anexo VI**). O segundo, era dirigido aos pais enlutados, designou-se “Guia de Satisfação da Utente” (**Anexo VII**), e o seu objectivo seria o de avaliar até que ponto as alterações feitas no serviço teriam ido de encontro às necessidades da utente e seu companheiro.

O questionário de avaliação da eficácia da formação enquadrou-se no âmbito da formação realizada sobre a Morte Fetal, e foi um dos instrumentos disponíveis para identificar a adequação da formação e o impacto das acções no desenvolvimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem. De referir que à acção de formação assistiram onze enfermeiros e cinco Assistentes Operacionais que prestam serviço na unidade de cuidados, perfazendo um total de dezasseis elementos.

O questionário apresentava cinco questões de escolha gradual, e uma questão aberta sobre a apreciação crítica da acção de formação:

- Em resposta à primeira questão **“Qual o seu grau de interesse em relação ao tema Morte Fetal”**, a totalidade dos elementos respondeu ter muito interesse;

- Na segunda questão, a qual insidia sobre **“Qual o grau de conhecimento em relação ao tema Morte Fetal”**, a maioria (12) dos inquiridos responderam que o conhecimento era pouco e quatro dos elementos responderam que tinham algum conhecimento;

- Na terceira questão, **“Em que medida considera que os conteúdos da acção foram úteis ao desenvolvimento das suas competências”**, a opinião foi unânime ao considerarem os mesmos muito úteis;

- Na quarta questão **“Considera que esta formação poderá ter impacto ao nível do seu desempenho perante mulheres com morte fetal”**, todo o grupo também considerou o impacto muito importante;

- Em relação a **“Considera que esta acção foi útil para o seu desenvolvimento pessoal”**, também foram unânimes em considerar que a formação tinha sido muito importante.

Em relação à questão aberta e facultativa, escreveram sobre ela nove dos dezasseis elementos presentes, considerando a acção de formação gratificante, positiva e pertinente. Consideraram que foi de extrema importância saber da própria boca das utentes o que sentiram e a avaliação que fizeram dos cuidados que lhe foram prestados. Consideraram que foi positivo no sentido de se reflectir sobre os cuidados e sobre a actuação do enfermeiro perante estas mulheres, no sentido de melhorar a prestação dos mesmos. Consideraram ainda que o tema foi bem explorado, com muito interesse, havendo partilha de experiencias pessoais entre os profissionais presentes. Finalmente, consideraram o tema difícil de abordar, embora proveitoso no sentido de melhorar a actuação dos profissionais em termos futuros.

Como referido anteriormente, foi igualmente elaborado um guia de satisfação da utente, o qual não teve feedback, devido ao facto de que desde o início da realização deste trabalho, até ao seu término, não ter ocorrido nenhuma situação de morte fetal no serviço. Contudo, este guia questionava as utentes sobre o atendimento à qual foram sujeitas, em relação aos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e assistentes operacionais, em relação ao atendimento médico, e em relação à enfermaria/quarto em



que ficaram instaladas. No final, perguntava-se às mesmas sobre aspectos positivos e negativos aquando do internamento e solicitavam-se sugestões que levassem à melhoria do atendimento prestado. Este guia, tal como foi referido anteriormente encontra-se em anexo (**Anexo VII**).

Importante ressaltar ainda os itens de avaliação gradual que foram colocados em cada questão, os quais orientavam as respostas sobre: acolhimento, prontidão, simpatia, educação, disponibilidade, privacidade, vigilância, resolução dos problemas, confiança e colaboração nos cuidados prestados. Em relação ao espaço físico, pedia-se ainda que a utente se referisse ao espaço em si mesmo, à temperatura, à luz, ruído, música ambiente, conforto, casa de banho e higiene.

#### 5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

- Estrutura física e adornos que integram o serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG;
- Director do serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG;
- Enfermeira Chefe do serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG;
- Equipa de Enfermagem do serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG;
- Equipa multidisciplinar do serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG;
- Psicóloga Clínica da ULSNA, EPE – HDJMG;
- Mulheres que sofreram uma Morte Fetal e que estiveram internadas no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, nos anos de 2008/2009.

#### 5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Neste ponto iremos relatar os contactos desenvolvidos, as estratégias utilizadas e ainda as entidades que estiveram envolvidas na realização desta intervenção.

- Entre os dias 15 de Novembro e 4 de Dezembro de 2010, foram realizadas seis entrevistas a mulheres que sofreram uma Morte Fetal e que estiveram internadas no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, nos anos de 2008/2009. Estas entrevistas foram exclusivamente realizadas nas suas residências e na presença dos respectivos cônjuges ou companheiros. Tiveram como objectivo perceber qual a sua vivência deste fenómeno;

- No dia 14 de Fevereiro de 2011, foi realizada uma reunião com a Enfermeira Chefe do serviço, no sentido de apresentar o projecto e consequentemente obter a sua aprovação. Da conclusão desta reunião ressaltou a ideia de comunicar o pretendido ao Director do Serviço, no sentido de igualmente obter a sua aprovação e consentimento;

- No dia 23 de Fevereiro de 2011, foi realizada uma reunião informal com o Director do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, na presença da Enfermeira Chefe do mesmo, no sentido de apresentar o projecto preconizado para o serviço e obter a sua aprovação junto da autoridade máxima da Obstetrícia da ULSNA. Em conclusão à reunião, foi obtida autorização e incentivo para o desenvolvimento do projecto e sua implementação. Da mesma reunião, resultou uma declaração passada pela Enfermeira Chefe (**Anexo VIII**), na qual a mesma informou que o referido projecto é de interesse para o serviço e a sua implementação contribuirá para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde a prestar a estas utentes;

- No dia 10 de Março de 2011, por altura da apresentação da acção de formação em serviço, e consequente apresentação da Norma de Procedimento, foi obtida da parte de todos os Enfermeiros do serviço um compromisso cabal de apoio e colaboração na implementação da mesma;

- Nesse mesmo dia, e após a apresentação do Projecto aos elementos do serviço, teve lugar uma reunião informal com a Psicóloga da Instituição, na presença da Enfermeira Chefe do serviço, no sentido de apresentar o projecto e pedir a sua colaboração na continuidade do mesmo. Das conclusões da reunião foi obtido o compromisso da Psicóloga em exercer as suas funções perante estas mulheres sempre que solicitada, comprometendo-se ainda a seguir as mulheres enlutadas e seus companheiros, em sessões clínicas, após a alta hospitalar;

- No dia 18 de Abril de 2011, foi realizada uma última reunião com a Enfermeira Chefe, no sentido de solicitar a sua colaboração para as alterações físicas que foram aprovadas para o serviço, nomeadamente ao nível da enfermaria/quarto onde estas utentes iriam passar a ser alojadas. A solicitação foi aceite.

## 5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Da estratégia orçamental inicialmente prevista no Projecto de Intervenção e que aqui é relembra no quadro 2, houve alterações a fazer, nomeadamente a subtracção de gastos que à partida estavam contabilizados.

**Quadro 2 – Descrição do orçamento do projecto de intervenção**

<b>Descrição do orçamento:</b>	<b>Estimativa:</b>
Tempo gasto pelo autor	400horas
Material de escritório	75euros
Telecomunicações	100euros
Material informático	75euros
Despesas de deslocação	250euros
<b>Total:</b>	<b>500euros</b>

Assim, em virtude de todo o material informático e de escritório, bem como dos contactos telefónicos necessários terem sido efectuados do próprio serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, os mesmos não foram contabilizados em termos financeiros.

Igualmente, todos os artefactos e material decorativo que passou a compor a enfermaria que receberá estas utentes, foi angariado na própria Instituição, pelo que também não será contabilizado.

O combustível utilizado na realização do projecto, nomeadamente aquando da realização das entrevistas, foi contabilizado em cerca de 100 euros, pelo que a descrição orçamental se resume a esta quantia.

Finalmente, em termos de tempo gasto, este é seguramente difícil de contabilizar, mas não andarรก muito longe do preconizado no projecto, as 400 horas.

## 5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O Projecto de Intervenção apresentava um Cronograma cuja execução se afigurava prática e de fácil realização.

### **Quadro 3 – Calendarização dos objectivos da intervenção**

Apresentar os resultados da pesquisa à equipa de enfermagem	De 15 a 20 de Março de 2011
Sugerir à equipa de enfermagem a Norma de Procedimentos	De 15 a 20 de Março de 2011
Implementar a Norma de Procedimentos	De 20 a 31 de Março de 2011
Entrega do Relatório Final	De 20 a 31 de Maio se 2011

Acontecimentos de ordem pessoal e profissional levaram a que o autor não conseguisse entregar o Relatório Final, com a qualidade pretendida, no espaço de tempo previsto e equacionado pelo mesmo, apesar de os restantes itens do quadro anterior terem sido realizados tal como o previsto. Devido a este facto, o presente relatório foi reformulado seguindo as sugestões do júri.

## 6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

### 6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

Segundo NAZARÉ, FERNANDES, MONTEIRO, CORREIA e CABRITA (1996), o termo “**objectivo**” significa, ou diz respeito, a um fim que se quer atingir.

Deste modo, a definição clara dos objectivos é de extrema importância em várias áreas da actuação humana, a nível administrativo e de gestão e funcionalidade, orientando a acção dos profissionais. Nesse sentido, e ainda segundo estes autores, a importância de se traçarem objectivos dá sentido e direcção ao trabalho que se desenvolve; ajuda a assegurar o empenho dos profissionais do serviço, em termos de trabalho, com vista a uma finalidade comum; ajuda a distinguir com nitidez a direcção global; ajuda a definir detalhadamente os objectivos e estratégias; e estabelece padrões de desempenho em relação aos quais poderão ser avaliados os progressos da avaliação.

Ao definir como objectivo a atingir com a população-alvo, “**Melhorar as condições quer relacionais, como ambientais e estruturais, a mulheres que tenham sofrido uma morte fatal no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG**”, tenta-se, através de cada objectivo de intervenção profissional, descrever uma combinação separada e distinta da missão final, em que cada um deles foque o resultado final, embora com princípios diferentes. Igualmente cada objectivo de intervenção profissional deve destacar a acção que conduz ao resultado final e as actividades detalhadas necessárias para o atingir, sendo cada um deles analogamente explícito quanto à sua natureza e à direcção das alterações referidas.

Pretende-se pois, que cada objectivo de intervenção profissional seja inovador, produtivo, que consiga gerir bem os recursos físicos, humanos e financeiros, seja rentável, que seja apoiado numa boa gestão, desempenho e atitude dos profissionais, e

com responsabilidade (pública) social, de modo a atingir o objectivo final, o objectivo a atingir com a população-alvo.

Ao programar e realizar uma acção de formação em serviço subordinada ao tema **“Morte Fetal”**, com o objectivo de melhorar as condições do serviço, quer relacionais, como ambientais e estruturais, a mulheres que tenham sofrido uma morte fetal; e simultaneamente, elaborando e apresentando a proposta de **“Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal”**, a adoptar no serviço, foram atingidos vários objectivos de intervenção profissional, nomeadamente os de sensibilizar a equipa de enfermagem e multidisciplinar para a problemática da morte fetal, uniformizar procedimentos e a actuação profissional dos enfermeiros, facilitando a adaptação e o procedimento dos mesmos perante uma mulher com morte fetal, criando assim as condições necessárias para acolher e prestar cuidados holísticos a estas mulheres o mais condigna e profissionalmente possível.

Ao elaborar ainda um **“Livro de Memórias”**, já descrito no capítulo anterior deste relatório, pretende-se ainda atingir o objectivo de proporcionar aos pais enlutados algo ligado ao recém-nascido que os ajude a ultrapassar o luto.

O próprio serviço foi reestruturado com o objectivo de acolher fisicamente, de modo profissional, confortável e calmo, a mulher e companheiro/acompanhante, procurando assim atingir o último dos objectivos de intervenção profissional.

De referir e relembrar, que a estrutura e reflexão dos objectivos traçados teve como base fundamental quatro pilares fundamentais: a exaustiva pesquisa bibliográfica sobre o tema em causa; a pesquisa atenta e demorada sobre trabalhos científicos publicados sobre o tema; a entrevista a mulheres que passaram pelo serviço e que sofreram uma morte fetal, e que proporcionaram, com efeito, uma contribuição testemunhal extraordinária e rica; e a percepção pessoal e profissional de quem exerce funções num serviço com estas características e que já viveu vários episódios relacionados com o tema.

Pensa-se, por tudo isto, e depois de uma reflexão ponderada, que tanto os objectivos de intervenção profissional, como o objectivo a atingir com a população-alvo, foram atingidos na globalidade.

## 6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Após terem sido traçados objectivos e de se ter planeado a implementação do programa através de um projecto bem definido, há que o implementar. Implementar um programa desta natureza, implica uma série de actividades destinadas a colocar em prática as intervenções planeadas com todos os seus componentes bem definidos. Mas é leviano fazer uma avaliação tão precoce, pois qualquer programa necessita de tempo até à sua total implementação. Há que ter consciência disso mesmo. Contudo, existem itens sobre os quais se poderá argumentar, numa implementação precoce, chame-se assim.

Segundo CHIAVENATO (1999), para a implementação de um programa deste cariz, é necessário verificar se os recursos são os mais adequados, e como se desenvolvem ao longo do tempo. Quando se fala em recursos, refere-se aos elementos que executam o programa, mas não só, também aos conhecimentos que estes têm sobre o tema e sobre a sua aplicação, e aos recursos materiais e físicos necessários para permitir que o programa produza os resultados desejados.

Recorrendo aos EESMO e responsabilizando-os através das suas competências no sentido de levarem este programa a bom porto, solicita-se, não só que o executem de forma profissional, como envolvendo os seus pares no mesmo, nomeadamente enfermeiros generalistas, assistentes operacionais, e outros elementos que compoñham a equipa multidisciplinar. Fazer uma avaliação deste cariz seria precoce e irrealista nesta fase. À partida denota-se uma vontade expressa, boa vontade e sentido profissional, o que antevê o sucesso da completa implementação do programa “Morte Fetal” no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG.

A realização da acção de formação subordinada ao mesmo tema, e com vista à sensibilização da equipa e igualmente à transmissão de conhecimentos sobre o tema, leva à garantia de que, à partida, os aspectos científicos foram acautelados até ao ínfimo pormenor, o que aliado ao vasto conhecimento que emana da própria competência dos Enfermeiros Especialistas, faz supor estarem reunidas as condições para o sucesso do programa e sua implementação.

Mas, o mesmo necessita de tempo, e o saber ser, o saber estar, o saber fazer e o fazer com regularidade, são fundamentais, pois irão surgir dúvidas, e existirão momentos de desmotivação. Igualmente, as situações que ocorrem não são frequentes, o

que quebra a execução rotineira do programa. Poderá haver necessidade de fazer actualizações sobre o tema e sobre a sua aplicação. Poderá haver necessidade de alterar. Tudo suposições nesta fase da sua implementação.

Fundamental é a acessibilidade à norma de procedimento adoptada para o serviço, “Norma de Actuação de Enfermagem em situação de Morte Fetal”, que se encontra sempre acessível em local próprio, e se afigura simples de consultar na sua arquitectura, o que facilitará certamente a uniformização de procedimentos, e que será sempre um documento para tirar dúvidas relembrar aspectos e situações, o que não quer dizer que não possa vir igualmente a ser alterada com o decorrer do tempo.

Para MARQUIS e HUSTON (2005), o sucesso da implementação de um programa requer que os profissionais estejam motivados e que tenham ao seu alcance os recursos necessários atempadamente. E o programa terá igualmente mais sucesso se houver da parte das utentes um feedback positivo em termos de cuidados prestados e de satisfação quanto à comodidade, carinho e conforto. O reforço positivo, também terá que ser uma constante por parte de quem lidera o programa, e esse é um ponto ao qual será dada importância.

Espera-se que as alterações físicas ocorridas no serviço sejam do agrado das utentes enlutadas, companheiros e familiares, pois esta avaliação também dará bons indicadores quanto à correcta implementação do programa.

Envolver outros profissionais ajuda a assegurar que o programa não será esquecido e que terá continuidade. O envolvimento da psicóloga clínica irá personificar esta componente psicológica e dará continuidade ao que foi feito no serviço. É necessário pois, assegurar que todos os parceiros estejam motivados.

Importante não esquecer ainda, a atitude dos superiores hierárquicos, nomeadamente a Enfermeira-Chefe do serviço e o Director do mesmo, pois sem a sua colaboração e apoio o programa não terá sucesso.

A par da motivação, dos conhecimentos, da rotina criada e dos recursos envolvidos, nenhum programa resistirá, se não houver onde o aplicar. Para tal, é necessário que ocorram mortes fetais, e que estas permaneçam durante o processo inicial no serviço em causa. Sendo esta uma situação tão especial, e felizmente cada vez menos frequente, é necessário efectivamente que ocorra, pois é o contributo mais



importante que se pode ter numa avaliação desta natureza. Sem isso nunca saberemos se as atitudes em termos técnicos e científicos por parte dos profissionais foram as mais adequadas, se existiu por parte destes afecto, carinho e uma palavra amiga, ou se as condições físicas e ambientais do serviço permitiram às utentes e familiares ter alguma paz e conforto. Infelizmente, ou felizmente, até à presente data esta componente tão importante para a avaliação da implementação do programa não pôde dar o seu contributo para a avaliação.

Fazendo pois uma avaliação precoce da implementação do programa “Morte Fetal” no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, poder-se-á dizer que este está a ser implementado com sucesso, embora numa fase precoce, e que todos os princípios e orientações o parecem sustentar, mas o próprio tempo será sábio. Igualmente é precoce fazer uma avaliação correcta sem o aparecimento de situações de morte fetal. Prevê-se assim, que dentro de três, quatro anos, atendendo ao número anual de casos que ocorrem, se possa fazer um balanço da implementação do programa, e aí sim, a sua correcta avaliação.

### 6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

Durante a elaboração do projecto foram estabelecidos três momentos de avaliação intermédia, a saber:

#### **Quadro 4 – Momentos de Avaliação Intermédia**

---

**Após a realização da Acção de Formação em Serviço e apresentação da “Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal”**

**Após a reestruturação orgânica e física do serviço de obstetrícia e ginecologia**

**Após o feedback das utentes/companheiros/familiares enquadrados no programa**

---

Os momentos de avaliação intermédia preconizados aquando da elaboração do projecto foram mantidos. Após realizada a sua avaliação e devido ao sucesso da implementação do projecto, não houve necessidade de efectuar ou introduzir medidas correctivas no mesmo.

## **7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS**

A literatura documenta que num longo percurso de desenvolvimento profissional e social, a tradicional “Parteira”, a tradicional “Mulher Cuidadora”, evoluiu até ao conceito actual de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, definido em contexto nacional como um profissional com reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade, (Ordem dos Enfermeiros, 2011), e em contexto europeu, segundo a definição Internacional de Parteira, como uma pessoa que, após ter sido admitida, numa função de parteira, reconhecida legalmente a terminou com aproveitamento de forma a obter as certificações e qualificações necessárias para lhe ser reconhecido o título profissional e/ou exercer legalmente a prática de parteira, (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Esta evolução condicionada pelas transformações que se foram verificando na sociedade, ocorreu por iniciativa própria dos agentes ligados à profissão, resultante de uma efectiva mudança de mentalidades e atitudes associada a uma sólida formação académica indissociável da prática que foi, é e sempre será o substrato para afirmar a competência profissional do EESMO.

Para FRANCO (1998), a complexa noção de competência adquire, nesta dimensão, um significado mais abrangente do que a faculdade que tem uma pessoa para resolver um assunto, aptidão, idoneidade, atribuição, poder ou capacidade. Compreende conhecimento, habilidades técnicas e atitudes reflexivas sobre o quotidiano. Implica um percurso de função orientado para o desenvolvimento cognitivo que visa atingir a mestria numa actividade.

O regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, devidamente escalpelizado no subcapítulo 2.3 deste trabalho, numa das suas alíneas, no seu artigo 4º, alíneas a), b)

e c), refere-nos que uma das competências é precisamente o cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, trabalho de parto e parto, e período pós-natal, em toda a sua magnitude, (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Não sendo a morte fetal uma ocorrência diária, e considerando a enfermagem a ciência do cuidar, compete sempre e sem reservas ao enfermeiro, promover o completo bem-estar da mulher que cuida. Prestar cuidados holísticos a uma mulher numa situação de morte fetal, é sem dúvida, uma questão de extraordinária complexidade, ademais quando os enfermeiros enfrentam dificuldades ao lidar com esta situação. Melhorar as competências do enfermeiro nesta área, é, indubitavelmente, um contributo importante e uma mais valia para valorizar e melhorar as competências do EESMO na sua área de actuação.

Assim, em estreita relação com a competência, assinala-se o princípio da responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade em responder por tudo o que nos foi confiado ou por alguém que temos ao nosso cuidado, (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Deste modo, ao EESMO é cometida a responsabilidade por prestar cuidados contribuindo sempre para melhorar e aumentar as suas competências, discernindo entre as possibilidades de intervenção próprias e de terceiros. O que está em causa é a noção da mais correcta assistência, passível de prestar à pessoa, tendo sempre presente que a responsabilidade está implícita no acto que praticamos, que delegamos e no que decidimos não praticar, e, uma vez praticado, nas suas consequências.

Assume-se, assim, que o exercício profissional do EESMO se desenvolve num espaço de melhoria das competências e actualização das mesmas num espaço de intervenção interdisciplinar em que a competência e a responsabilidade são elementos essenciais para se estabelecer uma relação de crédito e respeito entre os diversos membros da equipa.

## 8. CONCLUSÃO

A morte é, qualquer que seja o olhar, uma realidade complexa em que confluem sentimentos, atitudes e reacções numa amálgama em que as representações de cada um são determinantes e em que, frequentes vezes, as emoções se sobrepõem à razão.

Concomitantemente é para os profissionais de saúde um dos maiores desafios que a prática quotidiana lhes coloca. Nos casos em que a perda se refere a uma morte fetal tardia, o processo de luto reveste-se para a mãe/casal/família de especificidade, que coloca a enfermagem obstétrica habituada a lidar com o início da vida, perante desafios ainda maiores.

Não podem por isso os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros obstetras, alhear-se desta realidade. Esta é uma questão que também é sua por isso, assumindo as suas responsabilidades, não podem deixar de aprofundar conhecimentos e adquirir competências mais efectivas no lidar com casos tão especiais, e tão diferentes entre si, como são as situações de morte fetal.

Pretendeu-se com este trabalho, a par da experiência profissional, da análise detalhada de artigos científicos, da opinião e dissertação de certos autores sobre o tema, e sobretudo, do sumo retirado de seis entrevistas a mulheres que estiveram internadas no serviço com o diagnóstico de morte fetal, realizar algo em benefício das mesmas.

Deste modo, pensa-se ter sido concretizado algo que beneficia a mulher/companheiro/família que sofreu uma morte fetal. Ao sensibilizar a equipa multidisciplinar do serviço, nomeadamente a classe de enfermagem, ao fornecer dados e trabalho científico, ao criar uma norma de procedimento sobre a actuação da enfermagem em situação de morte fetal, ao interagir com os pais e família enlutada, e ao modificar a estrutura do serviço para os receber, pensa-se, de facto, ter atingido o objectivo mais significativo deste estágio, o de melhorar as condições relacionais, ambientais e estruturais a mulheres que tenham sofrido uma morte fetal no serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG.

Ao ocorrer a perda de um bebé, surge um período de dor e sofrimento que a mulher tentará ultrapassar. A perda de um filho é um processo traumático ligado, como foi aqui provado, à perda de um objecto de amor. É de facto, a grande conclusão a que se pode chegar, que este trabalho seja de facto uma homenagem ao amor.

Ao projectar esta intervenção, pretendeu-se criar condições para que esta mesma dor seja atenuada, para que o acompanhamento destas mulheres seja uma realidade, para que não se sintam sós ou desamparadas.

Não se pode dizer que o trabalho de luto seja resolvido, como se fosse uma tarefa que é possível acabar. O luto não é acabado ou completo, como nos diz CANAVARRO (2001), o que acontece é que do ponto de vista clínico, só terá avançado satisfatoriamente quando os pais forem capazes de falar e pensar no bebé, com dor e sofrimento, é certo, mas de uma forma suportável. Isto porque a dor, como a perda, embora nunca totalmente ultrapassadas como tal, encontrando novos significados existenciais e alternativas de vida.

Estas são tarefas e conquistas pessoais, sobretudo dos pais e demais familiares, mas também, embora num outro plano, dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que, diversas vezes, lidam com as situações e perda e o sofrimento de outros. Para além da responsabilidade e desgaste emocional implicados, as perdas dos utentes acabam por se reverter também em perdas para o profissional – perda das suas próprias assunções básicas – que é necessário re/construir de forma válida e significativa, de forma a sentir-se coerente como pessoa e a poder desempenhar, de forma profissional, o seu trabalho de todos os dias.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, M.; GUEDES, A.; MESQUITA, M.; HERNANDEZ, M.; CECATTI, J. (1998). *Conduta obstétrica no óbito fetal*. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 1998, vol.20, n°3, pp.145-149. ISSN 0100-7203. Acedido em: 16 de Outubro de 2010, em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=scipdf&pid=S0100-72031998000300004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

ARIÈS, P. (1988). *Sobre a História da Morte no Ocidente desde a Idade Média*. Editorial Teorema Lda. Lisboa

Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras (2010). *O que somos*. Acedido em: 29 de Outubro de 2010, em: <http://www.apeobstetras.org/HomeA.aspx?ID=2>

BRANDEN, P. (2000). *Enfermagem Materno-Infantil*. 2ªed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores

BRAZELTON, T.; CRAMER, B. (1989). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interacção precoce*. Lisboa: Terramar

CAMACHO, K.; VARGENS, O.; PROGIANTI, J.; SPÍNDOLA, T. (2010). *Vivenciando Repercussões e Transformações de uma Gestação: Perspectivas de Gestantes*. Cienc. Enferm. [online]. 2010, vol.16, n°2, pp.115-125. ISSN 0717-9553.

Acedido em: 15 de Janeiro de 2011, em:  
<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=scipdf&pid=S071795532010000200012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>

CANAVARRO, M. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto

CANAVARRO, M. (2006). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto

CHIAVENATO, I. (1999). *Administração nos Novos Tempos*. 2ªed. Rio de Janeiro: Editora Campus

DUARTE, C.; TURATO, E. (2009). *Sentimentos Presentes nas Mulheres diante da Perda Fetal: uma revisão*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, vol.14, nº3, p.485-490, Jul/Set

FRANCO, J. (1998). *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. *Revista Sinais Vitais*. Nº17. Março de 1998

GRAÇA, L. (2000). *Medicina Materno-Fetal*. 2ªed. Lisboa, Porto e Coimbra: Lidel – Edições técnicas, lda

HEIDDEGER, M. (1980). *El Ser e el Tempo*. Madrid: Fondo de Cultura Económico



Instituto Nacional de Estatística (2010). *Nados vivos por local de residência da mãe e duração da gravidez da mãe*. Acedido em: 25 de Outubro de 2010, em: <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2010). *Óbitos fetais por local de residência da mãe*. Acedido em: 22 de Outubro de 2010, em: <http://www.ine.pt>

KASTENBAUM, R.; AISENBERG, R. (1983). *The Psychology of Death*. 1ªed. New York: Springer Publishing Company

LORENZI, D.; TANAKA, A.; BOZZETTI, M.; RIBAS, F.; WEISSHEIMER, L. (2001). *A Natimortalidade como Indicador de Saúde Perinatal*. Cad. Saúde Pública [online]. 2001, vol.17, nº1, pp.141-146. ISSN 0102-311X. Acedido em: 17 de Outubro de 2010, em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n1/4069.pdf>

LOWDERMILK, D.; PERRY, S.; BOBAK, I. (2002). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5ªed. Porto Alegre: Artmed Editora

MARQUIS, B.; HUSTON, C. (2005). *Administração e Liderança em Enfermagem / Teoria e Prática*. 4ªed. Porto Alegre: Editora Artmed

MARTINEZ, M. (1989). *Comportamiento human, nuevos métodos de investigación*. México: Editorial Trillas

NAZARÉ, L.; FERNANDES, A.; MONTEIRO, A.; CORREIA, A.; CABRITA, A. (1996). *Nova Enciclopédia Portuguesa*. Alfragide: Ediclube

OLIVEIRA, A. (1999). *O Desafio da Morte*. Lisboa: Editorial Notícias

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. Ed. Ordem dos Enfermeiros. Março 2005

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Competências Essenciais para a Prática de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Tradução do Documento do International Confederation of Midwives (ICM, 2002), Março 2005

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento nº127/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Decreto-Lei nº127/2011. DR. 2ªSérie. 35 (11/02/18). Pág. 8662-8666. Endereço electrónico: <http://dre.pt>

SOIFER, R. (1986). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério*. 4ªed. Porto Alegre: Artes Médicas

A close-up, high-contrast photograph of a horse's face. The horse's eye is visible in the upper right, looking towards the camera. A thin, clear nasogastric tube is inserted into the horse's nostril. The surface of the horse's face and the tube are wet, with numerous water droplets reflecting light. The background is dark and out of focus.

# MORTE FETAL

## Perda & Luto

**ULSNA, EPE**

**MATERNIDADE**

**DOUTOR FRANCISCO FEITINHA**

***"FORMAÇÃO EM SERVIÇO"***

**PORTALEGRE, 10 DE MARÇO DE 2011**

**14 HORAS**

**ULSNA – H. DR. JOSÉ MARIA GRANDE**

**MATERNIDADE  
DOUTOR FRANCISCO FEITINHA**

**MORTE FETAL**

**“Perda & Luto”**

**PORTALEGRE 2011**

**EESMO SÉRGIO CARINHAS**

## **OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO:**

- Dar a conhecer o Projecto de Mestrado em SMO e a sua importância para o serviço**
- Dar a conhecer alguns aspectos cronológicos relacionados com a morte**
- Dar a conhecer as emoções do enfermeiro perante a morte**
- Dar a conhecer o conceito de Morte Fetal**
- Dar a conhecer o processo de luto normal e patológico, e os factores que dificultam esse mesmo processo**

## **OBJECTIVOS DA FORMAÇÃO:**

- Apresentar o resultado das entrevistas efectuadas a mulheres que sofreram uma Morte Fetal e estiveram internadas no serviço
- Apresentar a análise de alguns estudos científicos publicados nesta área
- Apresentar uma proposta de “Norma de Procedimento” a adoptar no serviço após concordância da equipe, da chefia de enfermagem e direcção clínica
- Avaliar a formação

# A MORTE AO LONGO DOS TEMPOS

- Os povos primitivos encaravam a morte como um fenómeno natural, desprendido de medos. Acreditavam na vida para além da morte e que os mortos tinham poderes, pelo que receavam os mortos e não a morte

ARIÉS (1988)

- Também para os Egípcios primitivos (séc. V a.C.) a morte era entendida como um rito de passagem ou uma iniciação no Além, pelo que nada nela havia a temer, mas sim a respeitar

OLIVEIRA (1999)



# **A MORTE AO LONGO DOS TEMPOS**

- **Na Grécia antiga a morte era encarada como algo natural e com alegria, como a libertação do espírito de um corpo que o aprisionava**
- **O Mundo Antigo acreditava na imortalidade e na reencarnação**

**OLIVEIRA (1999)**

# A MORTE AO LONGO DOS TEMPOS

- **ARIÉS (1988), definiu 4 Épocas determinadas pela atitude face à morte:**
- **1ª - Apresenta a morte domesticada ou familiarizada**
- **2ª - Explica a morte de si próprio, em que o Homem toma consciência da sua individualidade**
- **3ª - Salienta a morte do outro (da pessoa amada e não de si próprio)**
- **4ª - A morte interdita (envergonhada, escondida)  
(reportando-se estas 2 últimas às atitudes contemporâneas)**

# A MORTE AO LONGO DOS TEMPOS

- **Actualmente a morte é solitária e impessoal**
- **O luto é envergonhado e o hábito de vestir roupa escura tende a desaparecer, mas continua a ser profundamente sentida**
- **Nas atitudes face à morte existem diferentes medos associados à sua e à morte dos outros, dependendo estes, da idade dos indivíduos e das variáveis pessoais e culturais**

**OLIVEIRA (1999)**

# A MORTE AO LONGO DOS TEMPOS

- Durante muito tempo as circunstâncias físicas e psicológicas, foram menos importantes que as religiosas
- Hoje em dia as condições da “boa morte” mudaram, sem no entanto excluir a dimensão espiritual do morrer
- Nos tempos actuais, a morte de uma criança constitui sempre um problema preocupante e de conteúdo especial, pelo potencial social que representa a vida de uma criança e pelo valor emocional da sua existência

OLIVEIRA (1999)

**A morte de um filho é talvez uma das perdas mais difíceis de compreender, de aceitar e de integrar**

- **É uma morte anti-natural**
- **Subverte a ordem**
- **Representa “falha” no processo de cuidar**
- **Simbolicamente representa a morte dos desejos, esperanças e fantasias relativos ao futuro da criança**

**“Quando o teu pai morre, perdes o teu passado. Mas quando o teu filho morre, perdes o teu futuro”**

**LUBY (1977)**

# EMOÇÕES DO ENFERMEIRO PERANTE A MORTE

- Os enfermeiros apresentam sentimentos desadequados de negação, de fuga, evitando pensar no assunto, e afastando a ideia da própria morte do pensamento

KASTENBAUM & AISENBERG (1996)

- O encarar a morte do “outro” remete-nos para o confronto com a nossa mortalidade e desperta sentimentos de apreensão e angústia, que reflectem os próprios medos e inquietações do enfermeiro

BERGER & HORTALA (1996)

# EMOÇÕES DO ENFERMEIRO PERANTE A MORTE

- Estes sentimentos reflectem uma ineficácia da herança cultural do sistema educativo, levando-nos a questões como a formação dos enfermeiros para lidar com o problema morte
- “A forma como cada profissional encara esta situação depende a sua capacidade emocional, da sua atitude face à morte e à doença, e das suas próprias experiências prévias”

**SOUSA (1997)**

# EMOÇÕES DO ENFERMEIRO PERANTE A MORTE

- “Os técnicos de saúde devem considerar a morte tão ou mais importante do que a prevenção, a cura, a reabilitação, o ensino e a investigação, proporcionando a cada ser humano os melhores cuidados e atenção”

OLIVEIRA (1999)



# EMOÇÕES DO ENFERMEIRO PERANTE A MORTE

- As emoções são mais visíveis nos enfermeiros que nos médicos: estes centralizam as suas respostas em torno da noção “alguém que é responsável”, ao passo que os enfermeiros percebem-se como “alguém que cuida”

OLIVEIRA (1999)

- “Chorar não é sinónimo de fraqueza. Por aqueles pais que muitas vezes sentimos carinho, é que também a nós nos custa o seu sofrimento. O enfermeiro é um técnico de saúde e não uma máquina sem sentimentos”

BRANCO (2004)

# ÓBITO FETAL

- “... a morte do feto a partir da 20ª semana de gestação, sendo a morte do feto ocorrida anteriormente à sua expulsão ou extracção”

NETO & AQUINO (2000)

- Óbito fetal precoce: entre as 20 e as 28 semanas
- Óbito fetal tardio: após as 28 semanas completas

NETO & AQUINO (2000)

- “... a designação de morte fetal deverá estender-se até ao momento do parto, englobando a morte do bebé que ocorre durante o trabalho de parto”

CORR et al (1994)

# O PROCESSO DE LUTO NORMAL

(As experiências de perda, durante a gravidez ou o puerpério geram respostas emocionais específicas, cuja natureza abarca várias manifestações)

- Manifestações Afectivas

- Tristeza
- Solidão
- Culpa
- Raiva
- Ansiedade
- Apatia
- Choque
- Desespero
- Desamparo

- Manifestações Comportamentais

- Agitação
- Fadiga
- Choro
- Isolamento

# O PROCESSO DE LUTO NORMAL

- Manifestações Cognitivas
- Pensamentos de preocupação com a criança
- Sensação da presença da criança associada a alucinações visuais ou auditivas
- Baixa auto-estima
- Falta de memória
- Dificuldades de concentração
- Manifestações Fisiológicas
- Perda do apetite
- Insónia
- Queixas somáticas

CANAVARRO (2001)

# PROCESSO DE LUTO NORMAL

- Fase de choque e negação – é a fase inicial do processo, que pode durar algumas horas ou dias e é marcada pela tentativa de recuperar o bebé perdido. O casal passa por sentimentos de choque, apatia, incredulidade e negação e pode reagir com zanga contra a equipa de saúde ou em relação aos próprios.
- O choque pode ser maior quando a morte ocorre durante o parto, ou pouco tempo antes do tempo previsto para o final da gravidez

CANAVARRO (2001)

# PROCESSO DE LUTO NORMAL

- Fase do desespero e expressão da dor (é notória cerca de 2 semanas após a perda)
- Fase de resolução e reorganização (pode durar semanas ou meses)

CANAVARRO (2001)

# **O PROCESSO DE LUTO PATOLÓGICO**

**(As formas não adaptativas de luto podem-se agrupar em quatro tipos)**

- **Luto crónico** (persiste durante muito tempo e torna difícil o desempenho das tarefas de rotina que integram a vida normal)
- **Luto atrasado** (ocorre quando as respostas são inibidas, suprimidas, adiadas ou não resolvidas)
- **Luto exagerado** (composto por respostas de intensidade excessiva)
- **Luto mascarado** (há presença de sintomas físicos e psicológicos que causam dificuldades à mulher, mas que esta não reconhece estarem ligados à perda sofrida)

**CANAVARRO (2001)**

# **FACTORES PREDITORES DE DIFICULDADES NO PROCESSO DE PERDA/LUTO**

- **Percepção de um deficiente suporte social**
- **História psiquiátrica anterior**
- **Elevados índices de distress inicial com sintomas depressivos**
- **Morte/Perda não antecipada ou inesperada**
- **Outros stressores ou perdas significativas, ou outras crises de vida**
- **Elevada dependência psicológica do “objecto perdido”**
- **Morte de uma criança**

**CANAVARRO (2001)**



# **FACTORES PREDITORES DE DIFICULDADE NO PROCESSO DE PERDA/LUTO (CONT.)**

- **História prévia de luto complicado**
- **Abuso de substâncias**
- **Relacionamento ambivalente: “querer e não querer”**
- **Repressão da expressão emocional**
- **Excessiva raiva, culpabilização ou idealização daquilo que se perdeu**
- **Dinâmica familiar rígida ou desligada**
- **Luto prolongado ou exagerado**
- **Luto proibido (ex: interrupção de uma gravidez “não oficial”**

**CANAVARRO (2001)**

# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

---

Utente	Data	Hora	Idade	Peso	Sexo	G/P	I.Gest.	G.S.	Vigil.	Parto	Resid.
A	20/3/08	22.20	35	710gr	F	IV/III	27s	0+	Sim	Eut.	Ptg.
C	13/7/08	18.00	30	2780	F	I/I	40s3d	A+	Sim	Eut.	Elvas
D	7/11/08	19.20	33	2680	M	II/II	36s	B+	Sim	Eut.	Ptg.
E	18/11/08	02.45	24	2800	F	II/I	38s5d	0+	Sim	Eut.	Crato
H	15/11/09	14.15	30	2000	F	II/I	34s	0+	Sim	Eut.	Ptg.
I	23/11/09	08.53	27	3440	M	I/I	39s6d	B+	Sim	Vent.	P Sôr

---

# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

- Entrevista Semi-Estruturada:
- Equipa de Enfermagem
- Parto
- Recém-Nascido
- Enfermaria
- Visitas
- Analgesia Epidural

# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

- Em relação à equipa:
- “Existe falta de apoio ao nível emocional”
- “Os enfermeiros são inseguros e não sabem lidar com a situação”
- “Dão poucas explicações e afastam-se”
- “Têm pouca formação”

# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

- “Só precisamos de uma palavra amiga e de carinho”
- “Existe a necessidade de apoio psicológico, pois ajuda a ultrapassar a situação ouvir o relato de outras pessoas que passaram pela mesma situação”
- “A equipa acha tudo normal”

# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

- Em relação ao parto:
- “É preferível um parto normal (eutócico)”
- “Porque favorece uma recuperação mais rápida... queremos engravidar rapidamente porque ficou muito de nós para dar... e para testar a nossa capacidade de gerar”
- “O parto normal é um momento especial, mesmo não ficando com o bebê”

# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

- Em relação ao recém-nascido:
- “Senti necessidade de ver o bebê... para ver se havia problemas visíveis... para ficar com uma recordação... porque ajuda a ultrapassar a perda”
- “Não vi, mas arrependi-me”
- “Senti necessidade de ver melhor e de tocar”

# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

- Em relação à enfermaria:
- “É preferível ficar num isolamento... para não ver as outras mães com os bebês... para não ouvir o choro dos outros bebês... para não ter de falar sobre os filhos das outras mães”
- “... ouvir as outras crianças faz-nos mal...”
- “... ouvir as outras crianças faz-nos sentir revolta...”



# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

- "... porque é que as outras têm e eu não..."
- "...é difícil ouvir os outros bebés e o nosso não estar ali..."
- "... o pior que me podia acontecer era olhar para o corredor e ver a felicidade das outras mães com os seus bebés..."
- "... não queremos ver bebés, pois acabámos de perder o nosso..."

# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

- Em relação às visitas:
- “A presença do companheiro e da família mais chegada é muito importante, e ajuda a suavizar a dor”
- “As visitas deviam ser condicionadas àquelas pessoas que têm algum significado para nós”

# TESTEMUNHOS

(Mulheres internadas no serviço de Obs/Gin do HDJMG por Morte Fetal)

- Em relação à analgesia epidural: (apenas uma referência)
- “Era importante, pelo facto de ser uma coisa que de alguma maneira atenuava a dor”

## **ESTUDOS PUBLICADOS**

- **“A construção da identidade da mulher ao longo da gestação sofre uma brusca interrupção... surgem sentimentos de impotência, de incapacidade, causando impacto na sua feminilidade”**

**QUAYLE (1997)**

- **“Rompe-se a possibilidade do exercício da maternidade, trazendo à tona sentimentos de fracasso”**

**BARTILOTTI (1998)**

- **“A incapacidade de utilizar a sua capacidade maternal, traz-lhe uma dor insuportável”**

**SOIFER (1992)**

## ESTUDOS PUBLICADOS

- **“Sentimentos de culpa acompanhados de necessidades psicológicas de perceber as causas da perda fetal ocorrida, pois o que permanece no campo do desconhecido e do obscuro frequentemente fragiliza o mundo psíquico interno”**

**DEFEY, DIAZ, NIÑEZ & TERRA (1992)**

- **“Mãe viva e filho morto ainda formam um contínuo biológico, pelo que o trabalho de parto e parto é vivido como muito doloroso em todos os sentidos, fazendo as angústias pela perda da criança serem expressas somatoriamente à dor psicológica do trabalho de parto”**

**QUAYLE (1997)**

## ESTUDOS PUBLICADOS

- “A construção de vínculos afectivos fortes e de recordações de vivência mútua fica impossibilitada, uma vez que lembranças não podem ser evocadas posteriormente e a ausência da criança é profundamente sentida, como se fosse retirada parte do corpo”
- “Essa ausência de lembranças pode trazer a sensação de que a criança foi alguém que não existiu”

VIDELA & GRIECO (1993)

## ESTUDOS PUBLICADOS

- “Por isso, a mulher e o companheiro devem ser encorajados a olhar o bebé, e se possível tocá-lo. É doloroso esse momento, mas marca a realidade da perda”

KENNEL & KLAUS (1992)

- “Mulheres que sofreram perdas devem ser acompanhadas (psicologicamente) em gestações futuras subsequentes (não só na actual)”

ST JOHN, COOKE & GOOPY (2006)

## ESTUDOS PUBLICADOS

- **“Sentimentos das mulheres: perda de controle, quebra nos sonhos, sentimentos de vazio, culpa, derrota pessoal, e, sentimentos de menos valia como mulher e em relação ao seu papel na sociedade”**

**HSU, TSENG, BANKS & KUO (2004)**

- **“Durante a indução e parto, dificuldades em expressar as suas preocupações, o desejo de dar à luz imediatamente e sensação de estar fora da realidade”**

**TRULSON & RADESTAD (2004)**



## **ESTUDOS PUBLICADOS**

- **“Sentem-se desamparadas durante o processo de diagnóstico de morte intra-uterina”**
- **“Os profissionais não devem apressar o processo de indução do parto, e realizá-lo imediatamente após o diagnóstico de óbito fetal”**

**TRULSON & RADESTAD (2004)**

**Obrigado!**

**Sérgio Carinhas**

ULSNA, EPE – Hospital Doutor José Maria Grande

Nome do Procedimento:

**Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal**

Data de proposta: 10/03/2011

**1. Objectivos**

- Uniformizar a actuação dos enfermeiros;
- Facilitar a adaptação e o procedimento dos enfermeiros, perante uma utente com morte fetal;
- Criar condições relacionais, ambientais e estruturais a utentes que tenham sofrido uma morte fetal.

**2. Campo de aplicação**

Estes procedimentos aplicam-se a todas as utentes que dêem entrada no serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Doutor José Maria Grande com o diagnóstico de morte fetal.

**3. Siglas, abreviaturas e definições**

A maioria dos autores considera o óbito fetal, a morte do feto a partir da 20ª semana de gestação, sendo a morte do feto ocorrida anteriormente à sua expulsão ou extracção. Consideram ainda, óbito fetal precoce o que ocorre entre as 20 e as 28 semanas de idade gestacional, enquanto o óbito fetal tardio o que sucede após as 28 semanas completas.

ULSNA, EPE – Hospital Doutor José Maria Grande

Nome do Procedimento:

**Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal**

Data de proposta: 10/03/2011

#### **4. Referências**

KNUPPEL, R.; DRUKKER, J. (1996). *Alto Risco em Obstetrícia: Um Enfoque Multidisciplinar*. 2 ed. Artes Médicas. Porto Alegre;

LOWDERMILK, D.; PERRY, S.; BOBAK, I. (1999). *O Cuidado em Enfermagem Materna*. 5 ed. Artmed Editora Ltda. São Paulo;

NETO, C.; AQUINO, M. (2000). *Óbito Fetal*. 2 ed. Sarvier. São Paulo.

#### **5. Responsabilidades**

Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia e Enfermeiros Generalistas do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Doutor José Maria Grande, responsáveis pela prestação de cuidados à utente com o diagnóstico de morte fetal.

#### **6. Procedimento**

Internamento, Trabalho de Parto e Parto:

- Proceder sempre de forma calma e tranquila para com a utente;
- Mostrar interesse e disponibilidade;
- Evitar deixar a utente a sós durante longos períodos;
- Explicar todos os procedimentos efectuados e a efectuar;
- Incentivar a utente/casal a falar sobre o acontecimento;

ULSNA, EPE – Hospital Doutor José Maria Grande

Nome do Procedimento:

**Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal**

Data de proposta: 10/03/2011

- Responder a todas as questões colocadas pela utente/casal;
- Providenciar para que a indução do parto se inicie o mais rapidamente possível;
- Não apressar o trabalho de parto e parto para que este passe por todos os estádios de forma tranquila, demonstrando sempre competência, afecto e respeito;
- Contactar Psicóloga da instituição para todas as situações de morte fetal ocorridas no serviço;
- Proporcionar apoio espiritual à utente/casal, qualquer que seja a sua religião, sempre que o desejarem;
- Frases que podem ser ditas durante o diálogo com a utente/casal:
  - Fico triste por si/vocês
  - Esta situação deve estar a ser muito difícil para si/vocês
  - Estou disponível para o que precisar
  - Sinto muito por si/vocês
  - Pode-me dizer tudo o que quiser
- Frases que devem ser evitadas durante o diálogo com a utente/casal:
  - Você é nova, pode ter outros filhos
  - Você agora fica com um anjinho a olhar por si
  - Foi melhor ser assim, o bebé tinha problemas
  - De qualquer das maneiras havia alguma coisa errada com o bebé
  - Nunca chamar o bebé de feto

ULSNA, EPE – Hospital Doutor José Maria Grande

Nome do Procedimento:

**Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal**

Data de proposta: 10/03/2011

Recém-Nascido:

- Incentivar os pais a ver e a tocar no bebé, preparando os pais previamente para o que vão ver (lesões, pele escura, descamação, etc) – facilita o processo de luto;
- Fazer com que o bebé pareça tão normal quanto possível;
- É importante proceder para com o bebé como se estivesse vivo (colocá-lo no cobertor, aconchegá-lo ao colo, tocar-lhe, etc);
- Dar tempo aos pais para estarem a sós com o bebé;
- Dar um nome ao bebé é uma decisão importante que os pais podem tomar;
- Proporcionar aos pais uma lembrança que os faça recordar o bebé. Ex: um livro onde fique registado factos importantes do nascimento, como a data e a hora, o nome, os parâmetros físicos, impressões digitais, eventualmente um poema ou uma fotografia, etc);
- Explicar à utente/casal quais os procedimentos a realizar para com o bebé segundo o protocolo do serviço:
  - Se o feto tiver idade gestacional inferior a 24 semanas, enviar em formol o feto e a placenta
  - Se o feto tiver idade gestacional superior ou igual a 24 semanas, enviar o feto e a placenta à temperatura de congelação utilizada na morgue
  - Em qualquer dos casos o feto é enviado para o Hospital Egas Moniz, sendo o resultado do estudo posteriormente comunicado aos pais

ULSNA, EPE – Hospital Doutor José Maria Grande

Nome do Procedimento:

**Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal**

Data de proposta: 10/03/2011

Enfermaria:

- Providenciar para que a enfermaria apresente um ambiente agradável, alegre, tranquilo e acolhedor;
- Proporcionar música ambiente, se a utente/casal assim o desejar;
- Providenciar para que a utente fique instalada numa enfermaria individual;
- Providenciar para que a enfermaria fique afastada de outras que acolham puérperas e respectivos recém-nascidos;
- Providenciar para que a enfermaria esteja preparada para acolher uma pessoa significativa para a utente.

Visitas:

- Permitir que seja a utente a escolher por quem quer ser visitada;
- Permitir que seja a utente a escolher o número simultâneo de visitas a receber, desde que não ultrapasse as normas do serviço;
- Permitir que a pessoa mais significativa para a utente, se a houver, permaneça as vinte e quatro horas junto da mesma, se o serviço o permitir.

Analgesia:

- Explicar à mulher quais as opções de que dispõe para o alívio da dor (analgesia epidural ou outras);

ULSNA, EPE – Hospital Doutor José Maria Grande

Nome do Procedimento:

**Norma de Actuação de Enfermagem em Situação de Morte Fetal**

Data de proposta: 10/03/2011

- Explicar os procedimentos relativos a cada uma delas;
- Dar espaço para que seja a utente a decidir, sem se sentir pressionada.



*Focando Corações,*

*Curando Memórias*



*Um livro em tua memória!*

*Memórias que tocaram os nossos corações...*



*Apenas aquelas semanas...*

*Eu tive-te para mim  
E o tempo pareceu tão pouco  
Para ser mudado tão profundamente.*

*Eu vim para te conhecer...  
E para te amar.  
Tu vieste para confiares em mim a tua vida.  
Oh, que vida que eu tinha planeado para ti!*

*Quando te vi pela última vez,  
Eu perdi uma vida inteira de esperanças,  
Planos, sonhos e aspirações.  
Uma parte do meu futuro simplesmente desapareceu do dia para a noite.*

*Entraste e saíste da minha vida tão depressa.  
Mas parece que foi apenas esse tempo que precisaste  
Para tornares a minha vida tão rica  
E dares-me um pequeno vislumbre da eternidade.*



*Excertos de um poema de Susan Erling*

## *Os corações que tocaste*

### *O teu pai*

*O nome do teu pai:* \_\_\_\_\_

*A sua data de nascimento:* \_\_\_\_\_

*O local onde nasceu:* \_\_\_\_\_

*Os teus avós paternos:* \_\_\_\_\_

*Os teus bisavós paternos:* \_\_\_\_\_

*Tios, tias e primos:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## *Os corações que tocaste*

### *A tua mãe*

*O nome da tua mãe:* \_\_\_\_\_

*A sua data de nascimento:* \_\_\_\_\_

*O local onde nasceu:* \_\_\_\_\_

*Os teus avós maternos:* \_\_\_\_\_

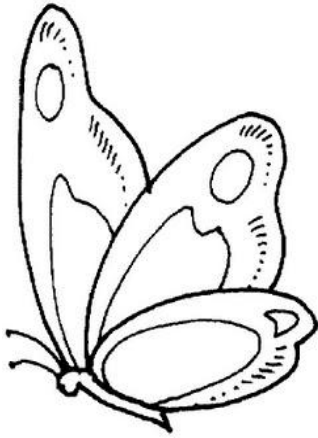
*Os teus bisavós maternos:* \_\_\_\_\_

*Tios, tias e primos:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Para nós existirás...*



*Para nós existirás*

*Nas flores*

*Nas árvores*

*E todas as coisas da natureza*

*Estás agora num mundo de paz*

*E felicidade.*

*Autor desconhecido*

*Estas memórias comoventes são o que resta das nossas esperanças e sonhos!...*

*Tocaste os nossos corações com amor e alegria*

*Nos anos que estão para vir, não serás esquecido!...*

*Esta é a tua história:*

*O que fizemos quando soubemos que estavas para vir: \_\_\_\_\_*

---

---

*O teu nome e como o escolhemos: \_\_\_\_\_*

---

*Coisas que vamos sempre recordar: \_\_\_\_\_*

---

---

*Data de nascimento:* \_\_\_\_\_

*Hora do nascimento:* \_\_\_\_\_

*Dia da semana:* \_\_\_\_\_

*Local do nascimento:* \_\_\_\_\_

*Os enfermeiros, os médicos, as assistentes operacionais, e todo o pessoal que cuidou de nós:*

---

---

---

*Tu tinhas \_\_\_\_\_ cm de comprimento*

*Tu pesavas \_\_\_\_\_ Kg*



*Às vezes oigo passar o vento;*

*E só de ouvir o vento passar,*

*Vale a pena ter nascido*

*Fernando Pessoa*



*(sítio para a tua fotografia)*

*O presente...*

*Meu pequeno, és o meu presente precioso*

*Fizeste-me sorrir*

*Fizeste-me rir*

*Partilhámos tão pouco tempo juntos*

*Mas estarás sempre comigo, para sempre.*

*Deixaste-me cantar para ti*

*Deixaste-me cuidar de ti.*

*Deste-me sol,*

*E claridade, dias lindos.*

*E dás-me chuva,*

*E ensinaste-me a alegria no presente da vida.*

*Ensinaste-me o quanto preciosa e especial a vida é.*

*E tocaste a minha vida como nunca ninguém tocará.*

*Nunca ninguém substituirá o teu lugar.*

*Nunca serás esquecido.*

*Ensinaste-me o presente do amor,*

*E como é maravilhoso partilhá-lo.*

*Ensinaste-me que nunca estarei sozinha.*

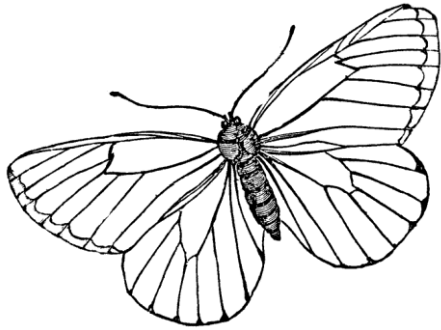
*Ensinaste-me como cuidar.*

*Meu pequeno, segurar-te-ei seguramente, no meu coração para sempre.*



*Impressão digital das mãos*

*Impressão digital dos pés*



*De manhã escureço*

*De dia tarδο*

*De tarde anoiteço*

*De noite ardo*

*A oeste a morte*

*Contra quem vivo*

*Do sul cativo*

*O este é meu norte*

*Outros que contem*

*Passo por passo:*

*Eu morro ontem*

*Nasço amanhã*

*Ando onde há espaço:*

*- Meu tempo é quando.*

*Vinicius de Moraes*

### *Orientações para lidar com o luto...*

- *Faça um resumo de novas e velhas relações com as pessoas*
- *Nutrição:*
  - *dieta equilibrada com leite, carne, vegetais, fruta e fibras*
  - *evite comida de “plástico”*
- *Quantidade de fluidos ingerida:*
  - *1/1,5 litros de água por dia, ou outras bebidas sem álcool e cafeína*
  - *a cafeína e o álcool provocam desidratação, dores de cabeça e de costas*
- *Programa um exame físico com o seu médico cerca de 4 meses após a perda, devido à baixa imunidade causada pelo stress do sofrimento*
- *Exercício diário:*
  - *ande de bicicleta, ande a pé, corra, faça aeróbica e alongamentos*
- *Descanse – padrões normais do sono:*
  - *evite o aumento do volume de trabalho*
  - *mantenha os padrões de descanso, mesmo que não consiga dormir*
- *Escreva:*
  - *ter um diário dos seus pensamentos, memórias ou momentos*
  - *escreva cartas, notas ou poemas para, ou sobre o seu bebé*
- *Elimine o tabaco e o álcool:*

- o tabaco esgota o nosso corpo de vitaminas, aumenta a acidez no estômago, reduz a circulação e pode causar palpitações
- as bebidas alcoólicas diminuem o funcionamento do corpo e as expressões emocionais naturais
- *Leia:*
  - ler livros, artigos e poemas que a ajudem a perceber e a encontrar conforto para que não se sinta só
  - evite literatura assustadora e publicações sobre medicina
- *Evite fazer mudanças ou tomar decisões importantes:*
  - não se mude, nem mude de trabalho ou relações – espere dois anos e depois decida
- não deite fora as roupas do bebê até que se sinta pronta para isso
- evite longas viagens – o seu corpo não está à altura disso
- não deixe os outros tomarem decisões por si
- *Diga a si mesma e à família quando precisar de ajuda – pode diminuir a sua dor e solidão*
- *Aceite a ajuda dos outros*
- *Permita que a família e os amigos partilhem a sua dor e deixe que estes lhe ofereçam o seu apoio*
- *Fale com o seu marido, família e amigos sobre o bebê e partilhe os seus sentimentos*
- *Tenha fé – peça apoio, se achar necessário*
- *Frequente um grupo de apoio – casais que passaram pelo mesmo podem dar-lhe apoio, ajuda e esperança*

*Esperança... Tempo... Amor... Cura...*

*O amanhã virá. A dor acalmará. Mas não esquecerás o teu filho precioso. É preciso  
esperança, tempo e amor para a cura tomar o seu lugar. Lembra-te sempre para  
aceitares, mas não te esqueças.*

*Braços vazios: Ilse*



*Segurámos a tua mão por um momento...*

*Segurarás os nossos corações para sempre!...*

*Bibliografia:*

- Centering corporation*
- Death of a Wished for Child. Glen Davidson*
- Empty Arms – Sherokee Ilse*

*Tocando Corações,*

*Curando Memórias*



*Um livro em tua memória!*

*Memórias que tocaram os nossos corações...*



*Apenas aquelas semanas...*

*Eu tive-te para mim  
E o tempo pareceu tão pouco  
Para ser mudado tão profundamente.*

*Eu vim para te conhecer...  
E para te amar.  
Tu vieste para confiares em mim a tua vida.  
Oh, que vida que eu tinha planeado para ti!*

*Quando te vi pela última vez,  
Eu perdi uma vida inteira de esperanças,  
Planos, sonhos e aspirações.  
Uma parte do meu futuro simplesmente desapareceu do dia para a noite.*

*Entraste e saíste da minha vida tão depressa.  
Mas parece que foi apenas esse tempo que precisaste  
Para tornares a minha vida tão rica  
E dares-me um pequeno vislumbre da eternidade.*



*Excertos de um poema de Susan Erling*

## *Os corações que tocaste*

### *O teu pai*

*O nome do teu pai:* \_\_\_\_\_

*A sua data de nascimento:* \_\_\_\_\_

*O local onde nasceu:* \_\_\_\_\_

*Os teus avós paternos:* \_\_\_\_\_

*Os teus bisavós paternos:* \_\_\_\_\_

*Tios, tias e primos:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## *Os corações que tocaste*

### *A tua mãe*

*O nome da tua mãe:* \_\_\_\_\_

*A sua data de nascimento:* \_\_\_\_\_

*O local onde nasceu:* \_\_\_\_\_

*Os teus avós maternos:* \_\_\_\_\_

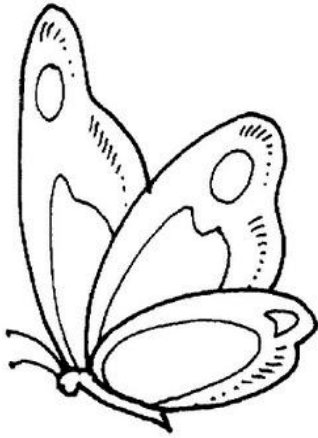
*Os teus bisavós maternos:* \_\_\_\_\_

*Tios, tias e primos:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Para nós existirás...*



*Para nós existirás*

*Nas flores*

*Nas árvores*

*E todas as coisas da natureza*

*Estás agora num mundo de paz*

*E felicidade.*

*Autor desconhecido*

*Estas memórias comoventes são o que resta das nossas esperanças e sonhos!...*

*Tocaste os nossos corações com amor e alegria*

*Nos anos que estão para vir, não serás esquecida!...*

*Esta é a tua história:*

*O que fizemos quando soubemos que estavas para vir: \_\_\_\_\_*

---

---

*O teu nome e como o escolhemos: \_\_\_\_\_*

---

---

*Cosas que vamos sempre recordar: \_\_\_\_\_*

---

---



*Data de nascimento:* \_\_\_\_\_

*Hora do nascimento:* \_\_\_\_\_

*Dia da semana:* \_\_\_\_\_

*Local do nascimento:* \_\_\_\_\_

*Os enfermeiros, os médicos, as assistentes operacionais, e todo o pessoal que cuidou de nós:*

---

---

---

*Tu tinhas \_\_\_\_\_ cm de comprimento*

*Tu pesavas \_\_\_\_\_ Kg*

*Às vezes oigo passar o vento;*

*E só de ouvir o vento passar,*

*Vale a pena ter nascido*

*Fernando Pessoa*



*(sítio para a tua fotografia)*

*O presente...*

*Minha pequena, és o meu presente preciosa*

*Fizeste-me sorrir*

*Fizeste-me rir*

*Partilhámos tão pouco tempo juntas*

*Mas estarás sempre comigo, para sempre.*

*Deixaste-me cantar para ti*

*Deixaste-me cuidar de ti.*

*Deste-me sol,*

*E claridade, dias lindos.*

*E dás-me chuva,*

*E ensinaste-me a alegria no presente da vida.*

*Ensinaste-me o quanto preciosa e especial a vida é.*

*E tocaste a minha vida como nunca ninguém tocará.*

*Nunca ninguém substituirá o teu lugar.*

*Nunca serás esquecida.*

*Ensinaste-me o presente do amor,*

*E como é maravilhoso partilhá-lo.*

*Ensinaste-me que nunca estarei sozinha.*

*Ensinaste-me como cuidar.*

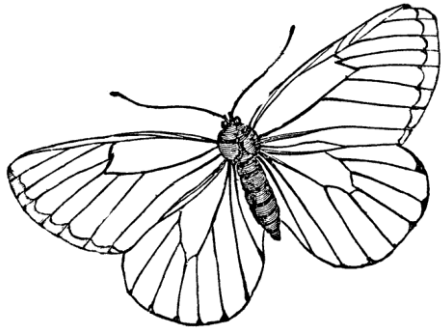
*Minha pequena, segurax-te-ei seguramente, no meu coração para sempre.*



*Elizabeth Martinez*

*Impressão digital das mãos*

*Impressão digital dos pés*



*De manhã escureço*

*De dia tarado*

*De tarde anoiteço*

*De noite ardo*

*A oeste a morte*

*Contra quem vivo*

*Do sul cativo*

*O este é meu norte*

*Outros que contem*

*Passo por passo:*

*Eu morro ontem*

*Nasço amanhã*

*Ando onde há espaço:*

*- Meu tempo é quando.*

*Vinícius de Moraes*

### *Orientações para lidar com o luto...*

- *Faça um resumo de novas e velhas relações com as pessoas*
- *Nutrição:*
  - *dieta equilibrada com leite, carne, vegetais, fruta e fibras*
  - *evite comida de “plástico”*
- *Quantidade de fluidos ingerida:*
  - *1/1,5 litros de água por dia, ou outras bebidas sem álcool e cafeína*
  - *a cafeína e o álcool provocam desidratação, dores de cabeça e de costas*
- *Programa um exame físico com o seu médico cerca de 4 meses após a perda, devido à baixa imunidade causada pelo stress do sofrimento*
- *Exercício diário:*
  - *ande de bicicleta, ande a pé, corra, faça aeróbica e alongamentos*
- *Descanse – padrões normais do sono:*
  - *evite o aumento do volume de trabalho*
  - *mantenha os padrões de descanso, mesmo que não consiga dormir*
- *Escreva:*
  - *ter um diário dos seus pensamentos, memórias ou momentos*
  - *escreva cartas, notas ou poemas para, ou sobre o seu bebé*
- *Elimine o tabaco e o álcool:*

- o tabaco esgota o nosso corpo de vitaminas, aumenta a acidez no estômago, reduz a circulação e pode causar palpitações
- as bebidas alcoólicas diminuem o funcionamento do corpo e as expressões emocionais naturais
- *Leia:*
  - ler livros, artigos e poemas que a ajudem a perceber e a encontrar conforto para que não se sintam só
  - evite literatura assustadora e publicações sobre medicina
- *Evite fazer mudanças ou tomar decisões importantes:*
  - não se mude, nem mude de trabalho ou relações – espere dois anos e depois decida
  - não deite fora as roupas do bebê até que se sinta pronta para isso
  - evite longas viagens – o seu corpo não está à altura disso
  - não deixe os outros tomarem decisões por si
- *Diga a si mesma e à família quando precisar de ajuda – pode diminuir a sua dor e solidão*
- *Aceite a ajuda dos outros*
- *Permita que a família e os amigos partilhem a sua dor e deixe que estes lhe ofereçam o seu apoio*
- *Fale com o seu marido, família e amigos sobre o bebê e partilhe os seus sentimentos*
- *Tenha fé – peça apoio, se achar necessário*
- *Frequente um grupo de apoio – casais que passaram pelo mesmo podem dar-lhe apoio, ajuda e esperança*



*Esperança... Tempo... Amor... Cura...*

*O amanhã virá. A dor acalmará. Mas não esquecerás a tua filha preciosa. É preciso  
esperança, tempo e amor para a cura tomar o seu lugar. Lembra-te sempre para  
aceitares, mas não te esqueças.*

*Braços vazios: Ilse*

*Segurámos a tua mão por um momento...*

*Segurarás os nossos corações para sempre!...*

*Bibliografia:*

- Centering corporation*
- Death of a Wished for Child. Glen Davidson*
- Empty Arms – Sherokee Ilse*

## QUESTIONÁRIO

### AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA FORMAÇÃO

Este questionário enquadra-se no âmbito da avaliação da eficácia da formação em serviço sobre a Morte Fetal. É um dos instrumentos disponíveis para identificar a adequação da formação e o impacto das acções no desenvolvimento pessoal e profissional da equipa de enfermagem. É muito importante que exprima a sua opinião, assinalando as opções que melhor a traduzam.

#### Identificação:

Acção de Formação: Morte Fetal

Local: Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Doutor José Maria Grande

Data: 10 de Março de 2011

Formador: Enfermeiro Especialista em SMO Sérgio Carinhas

#### Questionário:

a) Qual o seu grau de interesse em relação ao tema Morte Fetal?

Pouco interesse     Muito interesse

b) Qual o seu grau de conhecimento em relação ao tema Morte Fetal?

Pouco conhecimento     Muito conhecimento

c) Em que medida considera que os conteúdos da acção foram úteis ao desenvolvimento das suas competências?

Inúteis Pouco úteis Úteis Muito úteis

d) Considera que esta formação poderá ter impacto ao nível do seu desempenho perante mulheres com Morte Fetal?

Inúteis Pouco úteis Úteis Muito úteis

e) Considera que esta acção foi útil para o seu desenvolvimento pessoal?

Inúteis Pouco úteis Úteis Muito úteis

f) Apreciação crítica sobre a acção de formação:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Muito obrigado pela sua colaboração!

Como considerou os Enfermeiros do serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, quanto ao:

Atendimento:

Acolhimento Péssimo      Muito Bom

Prontidão Péssimo      Muito Boa

Simpatia Péssimo      Muito Boa

Educação Péssimo      Muito Boa

Disponibilidade Péssimo      Muito Boa

Cuidados Prestados:

Privacidade Péssimo      Muito Boa

Vigilância Péssimo      Muito Boa

Resolução dos seus problemas Péssimo      Muito Boa

Confiança Péssimo      Muito Boa



Como considerou os Médicos do serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, quanto ao:

Atendimento:

Acolhimento Péssimo      Muito Bom

Prontidão Péssimo      Muito Boa

Simpatia Péssimo      Muito Boa

Educação Péssimo      Muito Boa

Disponibilidade Péssimo      Muito Boa

Tratamento Médico:

Privacidade Péssimo      Muito Boa

Vigilância Péssimo      Muito Boa

Resolução dos seus problemas Péssimo      Muito Boa

Confiança Péssimo      Muito Boa

Como considerou o atendimento das Assistentes Operacionais do serviço de Obstetrícia e Ginecologia da ULSNA, EPE – HDJMG, quanto ao:

Acolhimento Péssimo      Muito Bom

Prontidão Péssimo      Muito Boa

Simpatia Péssimo      Muito Boa

Educação Péssimo      Muito Boa

Disponibilidade Péssimo      Muito Boa

Colaboração nos cuidados prestados Péssimo      Muito Boa



Se houve algum aspecto que durante a sua permanência no serviço lhe desagradou em especial, refira-o por favor:

---

---

---

---

---

Se houve algum aspecto que durante a sua permanência no serviço lhe agradou em especial, refira-o por favor:

---

---

---

---

---

Dê-nos por favor sugestões que possam ser levadas em consideração no sentido de melhorar o nosso atendimento:

---

---

---

---

---

Como considerou o seu quarto quanto ao:

Espaço Pésima      Muito Bom

Temperatura Pésima      Muito Boa

Luz Pésima      Muito Boa

Ruído Pésima      Muito Bom

Música Ambiente Pésima      Muito Boa

Conforto Pésima      Muito Bom

WC Pésima      Muito Bom

Higiene Pésima      Muito Boa

Unidade Local de Saúde do Norte  
Alentejano, EPE

Hospital Doutor José Maria Grande

Serviço de Obstetrícia e Ginecologia



A sua opinião conta. Pedimos-lhe ajuda para melhorar a qualidade do atendimento do nosso serviço. Todos seremos beneficiados.

**OBRIÇADO**