

**VIVÊNCIAS DA MULHER EM SITUAÇÃO DE
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVÍDEZ
POR MALFORMAÇÕES FETAIS**

CARLA MANUELA BERNARDO MACHADO

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

CARLA MANUELA BERNARDO MACHADO

**VIVÊNCIAS DA MULHER EM SITUAÇÃO DE
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ POR
MALFORMAÇÕES FETAIS**

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre
em Ciências de Enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
da Universidade do Porto.

Orientador: Professor Doutor António Couto
Professor da Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra.

Ao meu marido Por Tudo...

**À minha família que são as pessoas
mais maravilhosas do mundo**

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Professor Doutor António Couto, por ter acreditado em mim, pelo apoio, incentivo e disponibilidade que manifestou ao longo de todo o processo.

A todas as mulheres que aceitaram participar neste estudo e por isso o tornaram possível.

Aos meus pais e ao meu marido por terem estado sempre ao meu lado.

À minha irmã Ilda pelo apoio e colaboração.

RESUMO

A interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais é um acontecimento doloroso e terrível que gera inúmeros sentimentos e comporta mudanças e reajustamentos na vida de quem o vivencia, mulher/casal. As vivências dessas mulheres serviram de base ao nosso estudo, um estudo de natureza qualitativa e uma abordagem fenomenológica hermenêutica segundo Van Manen.

Tendo em conta as características do estudo, a escolha das participantes foi efectuada de forma intencional, é constituída por onze mulheres que realizaram interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, no Centro Hospitalar do Porto – unidade Hospital Santo António no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia. A recolha de dados decorreu desde Maio de 2008 a Setembro de 2008.

Utilizámos a entrevista como instrumento de recolha de dados, possibilitando às participantes desenvolverem um discurso livre, falando da sua experiência sobre o fenómeno de interesse. A entrevista foi realizada durante o primeiro mês, após a realização da interrupção da gravidez.

A análise dos dados, através das entrevistas das participantes, permitiu compreender o fenómeno em estudo, pela descrição das suas vivências, emoções, sentimentos e representações percebidas no decurso deste período.

Os resultados do nosso estudo demonstram que cada mulher vivencia a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais de forma diferente. No entanto, a maioria manifestou dúvidas durante todo o processo e todas, de uma forma geral, consideram que é algo difícil de suportar, que gera inúmeros sentimentos, dificuldades no regresso a casa e na reorganização das suas vidas.

A implicação deste estudo é de extrema importância para a prática de enfermagem, levando a uma reflexão relativamente à forma como os enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia se relacionam com estas mulheres, e à prestação de cuidados, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, de forma individualizada, sendo também importante a existência de uma equipa multidisciplinar de apoio a estas mulheres/casal.

ABSTRACT

The voluntary interruption of pregnancy for fetal malformations is a terrible and painful event that generates many feelings and behaviour changes and readjustments in the life of the person who experiences it, woman/couple. The experiences of these women formed the basis of our study; a qualitative study and a phenomenological hermeneutics approach according to Van Manen.

Given the characteristics of the study, the choice of participants was done intentionally, consists of eleven women who underwent voluntary interruption of pregnancy for fetal malformations in Hospital Santo Antonio – Porto, in the Department of Obstetrics / Gynecology. Data collection took place from May 2008 to September 2008.

We used the interview as an instrument of data collection, enabling participants to develop a free speech, speaking of his experience on the phenomenon of interest. The interview was conducted during the first month after the interruption of pregnancy.

Data analysis, through interviews of participants could understand the phenomenon under study, by describing their experiences, emotions, feelings and representations perceived during this period.

The results of our study demonstrate that every woman experiences the voluntary interruption of pregnancy for fetal malformations differently. However, most expressed doubts throughout the process and all, in general, believe that is something hard to bear, which generates many feelings and difficulties in returning home and reorganize their lives.

The implication of this study for nursing practice is extremely important, leading to a reflection on how the nurse specialists in obstetrics and maternal health relate to these women and care, with a view to improve the quality of care in a individual way. It is also important a multidisciplinary team supporting these women / couples.

RÉSUMÉ

L'interruption volontaire de la grossesse due à des causes de malformations fœtales est un événement très douloureux et terrible qui déclenche plusieurs sentiments et comporte des changements et réajustements dans la vie de tous ceux qui en sont concernés, femme/couple. L'expérience de ces femmes a servi de base à notre étude, une étude de nature qualitative et un abordage phénoménologique herméneutique d'après Van Mannen.

Ayant en compte les caractéristiques de l'étude, le choix des participantes a été effectué de façon intentionnel par onze femmes qui ont fait l'interruption volontaire de la grossesse due à des malformations fœtales, au Centre de l'hôpital de Porto – Unité Hôpital Santo António, service d'obstétrique / gynécologie. L'obtention de renseignements s'est déroulée de Mai 2008 à Septembre 2008.

On a utilisé l'interview comme outil pour rassembler toutes les données, donnant la possibilité aux participantes de développer un discours libre, tout en s'exprimant de leurs expériences sur le phénomène en question. L'interview a été réalisée pendant le premier mois, juste après l'interruption de la grossesse.

L'analyse des données, faite par des interviews aux participantes, nous a permis de comprendre le phénomène en étude, par la description de ses expériences, émotions, sentiments et représentations perçus au long de cette période.

Les résultats de notre étude nous indiquent que chaque femme vit l'interruption volontaire de la grossesse due à des malformations fœtales de façon différente. Cependant, la plupart a manifesté des doutes pendant tout ce processus et toutes, d'une façon générale, ont considéré que cette situation est difficile à supporter, qui engendre plusieurs sentiments, difficultés de retourner à la maison et réorganiser toute leurs vies.

L'implication de cette étude pour l'infirmier est d'une extrême importance, qui nous conduit à une réflexion par rapport à la façon dont les infirmiers Spécialistes en Santé Maternelle et Obstétrique doivent se comporter et se conduire par rapport à ces femmes, à la prestation de services, ayant en considération améliorer la qualité des soins apportés, de façon individuelle, étant aussi important l'existence d'une équipe multidisciplinaire qui apporte appui et support à ces femmes/couples.

ÍNDICE:

	Página
INTRODUÇÃO	19
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1. A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE	25
1.1. REPRESENTAÇÕES DA MATERNIDADE	29
1.2. TAREFAS DESENVOLVIMENTAIS DA MATERNIDADE	31
2. PERDA E LUTO NA GRAVIDEZ	39
PARTE II: DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO	51
1. PROBLEMÁTICA DO FENÓMENO EM ESTUDO	53
1.1. ESCOLHA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	54
1.2. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DO ESTUDO	56
2. A FENOMENOLOGIA - REFLEXÃO	57
2.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA FENOMENOLOGIA.....	58
2.2. O MÉTODO FENOMENOLÓGICO	60
2.2.1.Método fenomenológico de Van Manen (1984/1990)	62
2.3. A FENOMENOLOGIA APLICADA À INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM	64

3. PERCURSO METODOLÓGICO	67
3.1. PARTICIPANTES NO ESTUDO	67
3.2. PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	68
3.3. ASPECTOS FORMAIS E ÉTICOS NA RECOLHA DE INFORMAÇÃO	71
3.4. CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTÍFICO	74
3.5. PROCESSO DE ANÁLISE DE INFORMAÇÃO	75
 PARTE III: DESCRIÇÃO E INTERPRETAÇÃO DO FENÓMENO EM ESTUDO	 79
 1. ANÁLISE TEMÁTICA INTERPRETATIVA E COMPREENSIVA DOS DADOS.....	 81
1.1. DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL	83
1.2. PROCESSO DE INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ	95
1.3. REPERCUSSÕES/EXPECTATIVAS FACE AO FUTURO	104
2. ESQUEMA REFLEXIVO E COMPREENSIVO DO FENÓMENO	113
 PARTE IV: CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS FINAIS	 115
1. REFLEXÕES FINAIS.....	117
2. IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM	121
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS.....	 123
 ANEXOS.....	 133
ANEXO I – Guião de orientação das entrevistas	

ANEXO II – Consentimento informado

ANEXO III – Autorização da comissão de ética

LISTA DE QUADROS E ESQUEMAS

Página

Quadro 1: Caracterização das participantes 82

Esquema 1: Esquema reflexivo e compreensivo do fenómeno.....113

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma experiência única para a mulher e seu companheiro. É um período de mudanças, descobertas e emoções, e um processo de desenvolvimento de um novo ser. A mulher grávida sofre alterações da sua imagem corporal, adquire novos papéis e responsabilidades familiares e sociais e aprende a amar alguém antes mesmo de o conhecer (Gomes, 2003).

Antunes (2007:239) refere que “o período da gravidez está repleto de inúmeras expectativas e idealizações do casal, acerca do bebé que vai nascer”. Desde o período pré-natal e ao longo da gravidez vai ocorrendo uma relação entre a mãe e o bebé, a vinculação. Desta forma, a gravidez é encarada como um processo normal, saudável e fonte de alegria.

Quando ocorre a percepção da gravidez e a sua aceitação, a vivência das perdas precoces torna-se mais complexa e difícil pela mulher e companheiro (Rolim e Canavarro, 2006). A despenalização da interrupção médica da gravidez possibilita à mulher realizá-la de modo a evitar o sofrimento de ter um filho com deficiências profundas. A Lei nº.16/2007 de 17 de Abril, artigo 142º. Refere que se: “...c) *Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e se for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo.*” (Diário da República, 1º série), é permitida a sua ocorrência.

Os meios de diagnóstico actuais permitem o diagnóstico e detecção de uma variedade de malformações fetais. O diagnóstico de malformações fetais gera na mulher/casal a perda do que foi esperado, imaginado ou planeado, descrito como um acontecimento terrível e que provoca inevitavelmente uma grande desilusão e descrença e o luto do bebé imaginado (Gomes, 2003).

Setúbal (2006) salienta que o filho desejado e aceite pode ser abruptamente atingido por uma descoberta atroz, a existência de uma malformação fetal. A perda de um bebé «in útero» é semelhante à morte de um ente querido. O luto desse bebé é um período crítico na vida da mulher, vivido com grande sofrimento emocional e grandes dificuldades, implicando mudanças e reajustamentos psicológicos, individuais e familiares.

A maioria das mulheres teve o apoio dos seus companheiros/família/amigos, no entanto, são elas que suportam o maior sofrimento durante todo o processo. A ferida da decisão, a perda e o luto vão acompanhar e marcar todo o seu percurso futuro (Fatia, 2008). Todo este processo é penoso não só para a mulher, família e amigos, mas também para os técnicos de saúde que os acompanham.

Diariamente, somos confrontados com esta problemática e o nosso papel, enquanto enfermeiros, é prestar cuidados individuais e personalizados a estas mulheres, tendo em conta as suas vivências, cultura, valores, etc. Como afirma Collière (1999) a prática de enfermagem deve centrar-se no cuidar, sendo a prestação de cuidados, um acto de vida e um acto social. É fundamental que exista coesão e inter-ajuda entre a equipa multidisciplinar para que o luto seja realizado de forma não patológica.

A pertinência deste tema é justificada pela necessidade que sentimos na nossa prática diária, enquanto enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia. Consideramos que, através do conhecimento das vivências destas mulheres, podemos cuidar da mulher que realiza uma interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, de uma forma individual, personalizada e holística. Os cuidados devem ser congruentes com as necessidades reais da pessoa a cuidar, uma vez que o luto é interpretado e vivido de forma individual.

Numa perspectiva reflexiva, delineamos a questão central da nossa investigação:

- Como as mulheres vivenciam a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais?

Com base nessa questão definimos como objectivos:

- ✓ Descrever as experiências da mulher que vivencia a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais;
- ✓ Compreender as vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais;
- ✓ Detectar as necessidades das mulheres em cuidados de enfermagem, de forma a contribuir para a nossa prática profissional.

Tendo em conta a questão de investigação e os objectivos deste estudo consideramos que a abordagem mais indicada para compreender plenamente as vivências dessas

mulheres é a abordagem fenomenológica hermenêutica segundo Van Manen. A finalidade desta abordagem é explorar e compreender as experiências vividas.

Este estudo encontra-se estruturado e organizado em quatro partes:

Na primeira parte efectuamos um enquadramento teórico relativo aos aspectos fundamentais relacionados com a gravidez, a maternidade, a perda e o luto na gravidez e a actuação de enfermagem.

Na segunda parte apresentamos o desenvolvimento metodológico do estudo: a problemática do fenómeno em estudo, a abordagem sobre o método científico escolhido (a fenomenologia) e o percurso metodológico.

Na terceira parte realizamos a descrição e interpretação do fenómeno em estudo através da análise temática interpretativa e compreensiva dos dados recolhidos e a apresentação de um esquema reflexivo e compreensivo do fenómeno.

Na quarta e última parte efectuamos as considerações conclusivas: reflexões finais; as implicações e sugestões para a prática, ensino e investigação em enfermagem.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE

Um dos acontecimentos mais significativos e marcantes da vida de um casal e da sua família, é ter um filho.

A gravidez e a maternidade são conceitos habitualmente confundidos e tidos como sinónimos, quando devem ser considerados como duas realidades distintas e diferenciadas entre si, quer na dimensão temporal, quer na dimensão vivencial.

Canavarro (2006) refere que o período que vai desde a concepção até ao parto, cerca de 40 semanas é considerada a gravidez, bem definido temporalmente e onde ocorrem alterações físicas que acarretam do ponto de vista psicológico vivências muito particulares, de forma lenta mas gradual, a preparação para ser mãe. É um momento particular de retorno a si própria, de investimento no próprio corpo, na sua imagem, a confirmação da sua identidade sexual com mulher.

“A gravidez transcende o momento da concepção assim como a maternidade transcende o momento do parto” (Canavarro, 2006:19), são considerados processos dinâmicos de construção e desenvolvimento.

A maternidade requer que ” *...mais do que se deseje ter um filho, se deseje ser mãe.*” (Leal, 2005:12). É um processo que ultrapassa a gravidez, um processo a longo prazo, um projecto para toda a vida. É uma experiência que abrange várias transformações físicas, psicológicas e comportamentais, que ocorrem antes, durante e após o parto, sendo considerada de formas diferentes ao longo do tempo nas diversas sociedades.

A confirmação da gravidez, sobretudo quando é desejada pelo casal, leva estes a terem sentimentos de plenitude, de onipotência e de consagração do seu amor. *“...A gravidez é como que a concretização de um sonho, de algo concreto e profundo.”* (Bayle, 2006:92). É uma experiência única para a mulher e seu companheiro, um período de mudanças, descobertas e emoções, um processo de desenvolvimento de um novo ser. Esta, sofre alterações da imagem corporal e também adquire novos papéis e responsabilidades. A mesma mulher pode reagir de forma diferente de gravidez para gravidez. É um tempo pleno de vida e significado simbólico, transformação e importância biológica, social e pessoal. *“A gravidez quer do ponto de vista físico quer do ponto de vista psicossocial, representa um desafio à adaptação da mulher enquanto pessoa.”* (Mendes, 2002:24).

Do ponto de vista físico, ocorrem uma série de mudanças físicas e orgânicas, que desencadeia adaptações fisiológicas de forma a facilitar o crescimento e o desenvolvimento do embrião/feto e assegurar o bem-estar materno.

Ao longo dos nove meses de gestação, ocorrem alterações do ponto de vista psicológico que permitem a construção e consolidação do projecto de maternidade de forma progressiva: a mulher prepara-se para ser mãe ensaiando papéis e tarefas maternas, liga-se afectivamente à criança e inicia-se o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, aprendendo a aceitá-lo como uma pessoa única e com vida própria (Canavarro, 2006).

Do ponto de vista psicológico, gravidez e maternidade são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento, não dependendo só de características individuais de cada mulher mas também do enquadramento social e cultural em que se encontra inserida. *“A gravidez não é uma experiência estática nem breve, mas plena de crescimento e mudança, enriquecimento e desafio.”* (Colman e Colman, 1994:13).

Apesar de modificar o equilíbrio familiar, estar grávida é um momento privilegiado na história de uma família pois permite a continuidade da vida através de gerações, modificando o papel e a função de cada membro da família. Durante este período a mulher tem a necessidade de partilhar as suas emoções, medos e receios com o seu companheiro, a sua mãe, pai, amigos ou outras mulheres grávidas, pelo que é importante, nos dias de hoje, os homens acompanharem a mulher nesse processo de gravidez.

“A gestação afecta todos os membros da família. Cada um deve adaptar-se e integrar o seu significado, tendo em vista as suas próprias necessidades.” (Lowdermilk, 2002:220), esta adaptação ocorre num ambiente cultural e influenciado por tendências sociais.

A forma como é vivenciada a maternidade tem-se vindo a modificar em função das exigências e dos valores que dominam numa determinada sociedade num determinado momento, encontrando-se intrinsecamente ligada à vida humana, e exprimindo uma cultura nas suas vertentes sócio-cultural, científica, tecnológica e política.

O enquadramento histórico e social da maternidade, tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade num certo momento historicamente determinado, inscrevendo-se, deste modo, em padrões de cultura. (Leal, 2005).

Para compreendermos os significados e a importância da gravidez e da maternidade, é importante enquadrá-las numa perspectiva histórica e sócio-cultural.

Segundo Badinter, citada em Mendes (2007), o conceito de maternidade esteve sempre ligado ao amor maternal como algo instintivo, como uma tendência inata das mulheres. Valorizou-se também a fertilidade, em que a gravidez era uma prova de fertilidade, considerada uma dádiva divina e depreciou-se a infertilidade tida como um castigo. Recorria-se a rituais mágicos para apelar às forças da fertilidade. *“A gravidez era considerada como algo grandioso que transcendia o campo da acção do homem.”* (Martins, 2007:43).

As atitudes maternas e o papel de mãe, foram-se modificando ao longo dos tempos. A maternidade é um comportamento social que se ajusta a determinado contexto sócio-histórico. Contrariamente às ideias dominantes, o amor maternal não se encontra inscrito na profundidade da natureza feminina; longe de ser instinto é condicionado por múltiplos factores (história pessoal da mulher, da oportunidade da gravidez, do seu desejo de ser mãe, da relação com o pai do bebé, dos factores sociais, culturais e profissionais).

Durante séculos valorizou-se o masculino, cabendo aos homens a descendência e continuidade da espécie humana e o feminino visto como algo que lhe estava subordinado, não atribuindo valor especial à função materna.

No século XVIII surge a revolução das mentalidades, conduzindo a uma alteração na imagem da mãe, seu papel e sua importância. O bebé e a criança passaram a ser objectos privilegiados da atenção materna, levando a mulher a sacrificar-se para melhorar a qualidade de vida dos seus filhos e os manter junto dela. (Dias, 2003).

O século XIX é um importante marco na origem de uma “nova mulher”, associada ao papel de educadora, mãe e criadora da sociedade futura. A amamentação é um dos primeiros indicadores de mudança do comportamento da mãe. *“Começou-se a dar um sentido diferente à maternidade, alargada e estendida à vivência da família muito além dos nove meses da gravidez.”* (Correia, 1998:368). O aumento da responsabilidade da mulher nos finais do século XIX, levou ao decréscimo da importância da imagem do pai autoritário.

Durante o século XX com o feminismo e o progresso médico, a gravidez tornou-se num estado privilegiado.

Como refere Mendes (2007), com a II Guerra Mundial a mulher ocupa o lugar do homem que ia para a guerra e salienta-se a importância e a sua capacidade de ir mais além de ter filhos e de os educar. Nos anos 60 surge um movimento feminino que se estende pelo mundo ocidental e que destrói o mito de passividade da mulher. Esta assegura a sua independência através de uma actividade profissional, tendo aumentando o número de mulheres com actividade laboral. A relação homem/mulher é modificada pela independência conseguida pela mulher através da actividade laboral. A maternidade deixa de ser a primeira e única preocupação da mulher. A mulher, além de assumir um papel principal nos cuidados e educação dos filhos, começa a explorar outras áreas a nível familiar e profissional.

A estrutura familiar também sofreu alterações. Passou-se da família alargada para a família nuclear, composta por pai, mãe e filho (s), de forma a adaptar-se aos desafios impostos pela sociedade mais fechada com fortes laços emocionais, com grande privacidade e preocupada com a educação dos filhos. Segundo Bayle (2006:30), a família é o *“primeiro grupo onde a criança vive e onde se vai estruturar a sua personalidade.”*

O papel do homem também se alterou. Este, começou a participar na gravidez, partilhar o nascimento do seu filho e as tarefas exigidas pelo bebé. É o assumir dum processo de parentalidade em que os pais participam na partilha dos cuidados dos seus filhos. Assumem-se novas representações da paternidade e da maternidade.

Actualmente, a decisão de ter filhos é algo pensado e repensado. A maternidade acontece num contexto de projecto em conjunto com outros projectos (profissionais, económicos, etc.). Como refere Canavarro (2006:18) *“hoje em dia, o que sobretudo marca a diferença da experiência da gravidez e da maternidade da mulher... é a possibilidade de opção.”*

A evolução da maternidade originou uma evolução do parto. Passa a existir uma participação activa e consciente da mulher, deixando de ser um instrumento passivo e sofredor. A mulher passa a conhecer os processos de gravidez e do trabalho de parto, tem o poder de escolha, de decisão voluntária e de cooperação activa com os profissionais de saúde. (Kitzinger, S., 1984).

O parto além de ser um acontecimento biológico é um acontecimento psicológico que reflecte valores sociais, sendo influenciado culturalmente. O parto, considerado um processo normal acompanhado por mulheres num ambiente caseiro e familiar, dá lugar

ao parto hospitalar e à crescente descontextualização do nascimento como um acontecimento natural ou familiar. (Tereso, 2005). As mudanças sociais, científicas e tecnológicas que foram ocorrendo, têm aumentado a complexidade dos cuidados de saúde prestados à grávida/parturiente no hospital.

“A gravidez e a maternidade contemplam expectativas sociais e culturais muito amplas e aparecem no imaginário social ligadas à saúde, à vida, à felicidade, à continuidade da sua vida, da sua família e da própria espécie.” (Martins, 2007:46).

O conceito e o significado de gravidez e maternidade foram sofrendo alterações consoante a época e a cultura em que estão inseridas, mas o objectivo e a preocupação fundamental é a concepção de uma criança saudável.

1.1 – REPRESENTAÇÕES DA GRAVIDEZ E DA MATERNIDADE

A experiência da maternidade é muito variável, dependendo do significado que lhe é atribuído. É importante saber e conhecer as representações da gravidez e da maternidade, as quais dependem de diversos factores tais como: factores históricos e sócio-culturais e factores de desenvolvimento.

Os factores históricos e sócio-culturais referem-se ao período histórico e à organização sócio-cultural em que a mulher está inserida, tendo influência na forma de perceber a gravidez e a maternidade.

Os factores de desenvolvimento dizem respeito à história pessoal de cada indivíduo, às suas experiências e aprendizagens ao longo da sua vida, a relação com a própria mãe, experiências prévias de gravidez e/ou maternidade e profissão. Por exemplo, a perda e o luto durante a gravidez e puerpério, o impacto que estas experiências têm em relação à gravidez e maternidade posterior. Todos estes factores influenciam as representações da gravidez e maternidade.

Como refere Canavarro (2006), as representações da gravidez e da maternidade são várias ao longo do ciclo de vida da mulher, não possuindo apenas uma representação.

Canavarro (2006) descreve algumas representações tais como: gravidez e controlo do corpo, maternidade e relacionamento conjugal/marital, maternidade e família de origem, maternidade e experiências com o filho e experiências existenciais. De seguida, passaremos a descrever resumidamente cada uma delas.

Gravidez e controlo do corpo: A gravidez é encarada como uma prova ao funcionamento do corpo feminino à sua fertilidade. Para algumas mulheres engravidar representa deixar de ter controlo sobre o seu corpo.

Maternidade e relacionamento conjugal/marital: No caso de uma relação forte e estável, existe a projecção de um encontro, de uma relação íntima, tornando os elos afectivos entre o casal mais fortes, ocorrendo um efeito amadurecedor no seu relacionamento. Cada um assume novos papéis e descobrem novos afectos um no outro. Por outro lado, pode acontecer o inverso, a gravidez e a maternidade podem ser vistas como um “roubo” à relação conjugal/marital estabelecida e a maternidade pode adquirir uma representação de perda – perda da organização conjugal ou da sua exclusividade e de um espaço.

Maternidade e família de origem: a possibilidade de continuidade de uma família através da transmissão de valores, costumes e significados, de bens materiais e apelido da família a futuras gerações.

Maternidade e relacionamento com o filho: assume a representação de um encontro entre mãe e filho ocorrendo a ligação materno-fetal. A maternidade é um desafio para a mulher e põe à prova a capacidade de se dar e de se descentrar de si própria em relação ao seu filho, de forma a poder assegurar o bem-estar do seu bebé.

Maternidade e experiências existenciais: As experiências existenciais têm a ver com a postura assumida face a aspectos religiosos, humanos e à própria vida. Em termos pessoais, ter filhos representa continuidade, projecção e reparação pessoal, no futuro, com a possibilidade de transcender a dimensão temporal e vencer a morte como fim (Mendes, 2007).

As diferentes representações da gravidez e da maternidade traduzem a existência de diferentes perfis de mulheres face à maternidade e também diferentes formas de vivenciar a maternidade. Assim, a maternidade é diferente de mulher para mulher. Para algumas, assume o papel de maternidade familiar, pessoal e conjugal, para outras é

responsabilidade e dádiva e para outras mulheres, a maternidade é considerada uma experiência de intimidade física e psicológica, etc. Algumas mulheres têm medo de ser mães, enquanto que para outras, ser mãe é um dos projectos mais importantes da sua vida.

Todas estas representações têm a necessidade de desenvolver tarefas que permitam a transição para a maternidade.

1.2 – TAREFAS DESENVOLVIMENTAIS DE TRANSIÇÃO PARA A MATERNIDADE

O nascimento faz parte da vida de todos nós. A gravidez é uma experiência/vivência de mudança e renovação, enriquecimento e desafio. A grávida durante o período gestacional, vai adquirindo novos conhecimentos e competências fundamentais na transição segura para a maternidade, caminhando para uma integração efectiva do seu papel de mãe. (Mendes, 2002).

A gravidez e a maternidade, considerados um período de desenvolvimento tal como outros períodos de desenvolvimento que fazem parte do ciclo de vida da mulher, tem a necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas. O assumir a maternidade confina-se a sucessivas mudanças e tarefas desenvolvimentais.

A transição para a maternidade implica que a mulher adquira novas e importantes competências, através da resolução de um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais, ao nível individual, ao nível da relação conjugal, e ao nível das relações estabelecidas com a restante família como nos refere Figueiredo citada por Silva (2005).

Iremos fazer referência a essas tarefas que garantem a transição para a maternidade, desde a gravidez até ao nascimento do bebé. Segundo Mendes (2002: 34), citando Rubin (1984), o desenvolvimento das tarefas maternas são elaboradas e transformadas antes e após o nascimento, tendo descrito quatro principais tarefas maternas interdependentes:

“- Assegurar uma passagem segura para ela própria e para a criança durante a gravidez e o parto;

- *Assegurar a aceitação social para si e para o filho por um número significativo de membros da família:*

- *Iniciar a sua ligação com o filho;*

- *Aprender a dar-se de si em benefício de outrem. Explorar em profundidade o significado do acto transitivo de dar/receber.”*

A transição da mulher para a maternidade ocorre através de mudanças mais profundas. Para melhor compreensão vamos fazer uma abordagem de forma não exaustiva, mas com os aspectos que nos parecem de relevância das tarefas desenvolvimentais de transição para a maternidade, baseando-nos na classificação de Canavarro (2006), que passamos a enumerar:

Tarefa 1: Aceitar a gravidez;

Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto;

Tarefa 3: Reavaliar e reestruturar a relação com os pais;

Tarefa 4: Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro;

Tarefa 5: Aceitar o bebé como pessoa separada;

Tarefa 6: Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (para incorporar a identidade materna);

Tarefa 7: Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s).

Tarefa 1: Aceitar a gravidez

A primeira tarefa é reconhecer a gravidez, depois aceitar a sua realidade e fazer algo a esse respeito. Quando a gravidez está confirmada e aceite, mantê-la pode ser a questão seguinte. Aceitar a realidade da concepção é considerada a tarefa mais importante do 1º trimestre para a grávida e companheiro.

É na gravidez que se inicia a ligação da mãe ao filho que está a gerar. Independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez, o reconhecimento desta faz com que a mulher numa fase inicial se sinta ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez. A ambivalência ocorre em relação a acreditar na viabilidade da própria gravidez, a aceitação do feto, as mudanças que o novo estado implica e à própria maternidade.

Como refere Mendes (2002: 29), citando Lederman (1996) “... a ambivalência como a atitude que caracteriza este primeiro trimestre da gravidez, ou seja, a simultaneidade (projecção dupla) de dois sentimentos opostos... a aceitação/rejeição da gravidez.”

A confirmação de estado de gravidez através do teste de gravidez, a confirmação médica, o apoio e aceitação por parte dos familiares mais próximos ajuda a ultrapassar esta ambivalência. Aceitando a realidade da gravidez, a mulher vai tomando conta de si em condições de iniciar o processo da maternidade apropriado.

Existem determinadas condições que afectam fortemente a tarefa de aceitar uma gravidez, por exemplo: quando um casal adopta um bebé tem uma relação especial com a gravidez. A recusa em aceitar a realidade da gravidez é uma forma não saudável de negação. Por exemplo, mulheres que tenham receio de ter um feto com uma malformação fetal, com alto risco de abortamento espontâneo ou, ainda, quando têm que optar pela interrupção voluntária da gravidez, estas mulheres não vão incorporar completamente a gravidez na sua vida (Colman, 1994).

O processo de integração e aceitação da gravidez é muito importante é fundamental para o desenvolvimento da ligação com o filho e para que a mulher possa progredir nas tarefas consequentes, sendo um processo contínuo.

Tarefa 2: Aceitar a realidade do feto

Esta tarefa associa-se normalmente ao segundo trimestre da gravidez. Ultrapassada a ambivalência (aceitação/rejeição) relativa à gravidez, ocorre uma mudança (viragem). Numa fase inicial, a grávida encontra-se centrada nas transformações do seu corpo e na percepção dos movimentos fetais, tomando assim consciência da presença real do bebé dentro de si. Desta forma, ocorre a diferenciação mãe-filho, traduzindo-se na aceitação do feto como entidade separada e como indivíduo distinto de si própria. Esta representação cognitiva é fundamental para a ligação materno-fetal, a preparação para o nascimento e a separação física do parto. (Canavarro, 2006).

Os movimentos fetais são um marco da existência de uma vida dentro da grávida. As imagens da ecografia vão também ajudar a grávida a visualizar o feto como sujeito, como um ser diferenciado dela, de forma a distinguir as necessidades do bebé das suas próprias e encoraja a percepção da mulher e bebé como coisas separadas. “Aceitar os

movimentos fetais é aceitar a realidade do bebé, imagem confirmada pela ecografia, o que permite adaptar o bebé imaginário ao real e desenvolver a vinculação”. (Bayle, 2006: 89).

A mulher pode partilhar com o companheiro os movimentos do seu bebé, ajudando-o a tornar consciência do seu estatuto e do seu bebé como um ser separado (Leal, 2005).

Tarefa 3: Reavaliar e reestruturar a relação com os pais

A reavaliação da relação passada e presente com os seus próprios pais, especialmente com a mãe, durante a infância e adolescência, é fundamental na adaptação à gravidez e maternidade. Sendo a mãe o principal modelo de comportamento materno para a mulher, a grávida vai telefonar mais à sua mãe, aumentar o número de visitas e pensar nos pais de forma diferente (Canavarro, 2006).

A representação que a grávida tem dos seus pais é colocada em questão, assim como as expectativas que tem do seu comportamento no papel de avós. É um tempo de interiorizar o que considera positivo e assumir a diferença relativamente ao que considera negativo ou não adequado a si. Nesta fase podem ocorrer alguns conflitos entre as gerações, relativamente aos papéis a desempenhar, os quais devem ser diferenciados. A grávida deve negociar com os seus pais de forma a existir equilíbrio entre o apoio e autonomia (Canavarro, 2006).

Tarefa 4: Reavaliar e reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro

O casal prepara-se para integrar o novo elemento na sua relação. Ocorrem mudanças conjugais que são necessárias à entrada de uma criança na família. Estas mudanças dependem da forma de organização prévia do casal. Deve, o casal, reajustar a sua relação no plano afectivo, na rotina diária e de relacionamento sexual. O relacionamento conjugal vai ser desafiado. É fundamental além, da aliança conjugal formar uma aliança parental, permitindo o suporte emocional entre ambos. A aliança parental deve permitir a partilha das tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão e o suporte emocional.

O suporte emocional é importante. Cada um dos membros do casal deve encontrar-se sensível às necessidades do outro, comunicar entre si e ajudarem-se mutuamente a lidar com os acontecimentos desconhecidos que vão surgindo ao longo da gravidez. A mulher que é apoiada pelo seu companheiro apresenta menos sintomas físicos e emocionais e tem uma adaptação mais fácil ao parto e período pós-parto (Lowdermilk, 2002).

A nível conjugal, cada um prepara-se para novas responsabilidades, para a partilha a longo prazo ao nível da parentalidade, a um sacrifício da sua liberdade individual. *“Cada um deles passa a ser o mesmo e também um outro com a vinda do novo ser.”* (Leal, 2005: 331).

Tarefa 5: Aceitar o bebé como pessoa separada

Esta tarefa é considerada como a preparação para a separação, concretizada com o parto, sendo característica do último trimestre da gravidez. É um período de alguns sentimentos de ambivalência e um aumento de ansiedade devido à antecipação do parto. Nesta fase, o grande desafio desenvolvimental é ser capaz de integrar e responder ao comportamento do bebé.

Ao longo de toda a gravidez ocorre a aceitação da gravidez e a tomada de consciência do feto. À medida que a individualidade da criança aumenta, existe uma progressão de separação. No entanto, a separação é uma coisa relativa pois a criança é profundamente dependente nos seus cuidados já que não nasce capaz de funcionar socialmente por si mesma. Por outro lado, simultaneamente, precisa de autonomia..., aceitando-a como uma pessoa separada, com características e necessidades próprias. Tudo isto requer aprendizagem que os pais têm de realizar. (Colman, 1994).

Existem algumas situações em que a tarefa de aceitar o bebé como uma pessoa separada se torna extremamente difícil ou não chega a acontecer, por exemplo: quando os pais não chegam a conhecer o seu bebé porque morre, lhe é tirado, nasce prematuramente ou ainda com malformações fetais. Nestes casos, os pais têm que aceitar a realidade da criança a que deram vida e desistir da fantasia da criança que esperavam.

Tarefa 6: Reavaliar e reestruturar a sua própria identidade (para incorporar a identidade materna)

Nesta tarefa a mulher vai integrar na sua identidade, o papel, função e significado de ser mãe, ou seja, vai reavaliar as perdas e ganhos que a maternidade lhe proporcionou e aceitar as mudanças que este estágio implica e adaptar-se de acordo com a sua identidade prévia.

O temperamento da criança e a sua articulação com os pais são factores importantes no desenvolvimento dos próprios pais. A gravidez para os pais é um tempo de transição entre uma identidade e outra. Quando a criança nasce ocorre uma alteração das percepções do mundo exterior, das relações, do próprio corpo de cada um e da auto-imagem.

As experiências adquiridas na maternidade são várias, mas implicam integrar experiências do passado com as exigências do presente. A preparação emocional para a maternidade pode ser tão importante como a preparação física para o parto.

Tarefa 7: Reavaliar e reestruturar a relação com o(s) outro(s) filho(s)

Segundo Canavarro (2006), existe ainda esta tarefa no caso de mulheres que não são primíparas e que já têm outros filhos. As mulheres que esperam um segundo ou terceiro filho têm uma família mais complexa do ponto de vista relacional. A tarefa de assumir a identidade materna para incluir a nova criança é mais exigente. A mulher tem de integrar a ideia de mais um filho como uma pessoa separada, não o associando à identidade dos outros filhos. Por outro lado deve ajudar o(s) outro(s) filho(s) e prepará-lo(s) para a chegada do irmão, antecipando situações e reforçando o seu papel na família.

Em termos conclusivos podemos dizer que o nascimento de um filho provoca na mãe, pai e família alterações a nível pessoal e interpessoal. Surge uma nova e importante fase do ciclo vital da família. É necessário o ajustamento à maternidade relativamente à satisfação pessoal, equilíbrio emocional, funcionamento familiar, desempenho das tarefas, etc.

A capacidade de superar as tarefas desenvolvimentais proporciona o ajustamento e a transição para a maternidade, período em que a mulher vai interiorizando gradualmente a gravidez e a aceitação do feto dentro de si, desenvolvendo comportamentos e capacidades no seu papel materno, nos cuidados ao recém-nascido e também no seu projecto pessoal.

Ocorrem, também situações em que a transição para a maternidade não ocorre em todas as suas tarefas, por exemplo: nos casos em que ocorre o diagnóstico de malformações fetais e a gravidez é interrompida, ou o parto prematuro.

2. PERDA E LUTO NA GRAVIDEZ

Ao longo da vida defrontamo-nos com as mais diversas perdas: financeiras, materiais, físicas, profissionais, de posição social, de identidade, etc. O traço comum em todos estes tipos de perda é a dificuldade de tolerar a ausência do que foi perdido. A perda é um dos fenómenos universais da existência humana que acontece a todas as pessoas em vários momentos ao longo da vida. A perda de uma pessoa com a qual se mantém vínculos afectivos é uma experiência dolorosa que fere, magoa e expõe o ser humano à própria impotência (Freitas, 2000). A perda por morte constitui a mais difícil das perdas.

Ao longo da vida todos passamos por várias etapas, a primeira é o nascimento, podendo-se incluir o desenvolvimento intra-uterino, depois prosseguem outras etapas: a infância, adolescência, idade adulta e a última etapa, a morte – o fim da vida. Estas etapas são fenómenos universais, pessoais e únicos. A vida e a morte andam de mãos dadas e marcam ambas presença no nosso quotidiano.

As pessoas preocupam-se cada vez mais com as questões relacionadas com a vida e com a morte. A morte é a única certeza que nos acompanha por toda a vida, e apesar de nos querermos afastar em pensamento e em realidade, ela faz parte do nosso quotidiano e a nós, seres humanos, cria ansiedade e ao mesmo tempo dá significado à vida. A perda de um ente querido é um dos aspectos mais trágicos e dolorosos na vida de um indivíduo. A morte de uma pessoa querida provoca luto e causa dor física e emocional. Essa dor tem as suas implicações e peculiaridades (Worden, 1998).

Freud, no seu clássico estudo sobre o “Luto e Melancolia” (1916), citado por Freitas (2000), refere que o luto pode ser definido como a reacção à perda de um ente querido, à perda de alguma abstracção que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém e assim por diante.

Freitas (2000) refere que, o luto é um processo que tem início com a perda em questão e tem seu tempo de elaboração. Para cada pessoa adquire uma forma diferente, de acordo com a vivência e preparação para as perdas. Para uns, pode ser vivido com ansiedade e para outros pode ser demorado e lento. Como refere Freud citado por Rebelo (2006), não se trata de uma doença que deve ser medicada, mas é sim um sentimento que, como tal, deve ser vivido e sentido até que se desgaste. O luto afasta a pessoa das suas atitudes normais para com a vida, mas sabemos que este afastamento não é patológico,

normalmente é superado com o tempo e é inútil e prejudicial qualquer interferência em relação a ele.

A gravidez é um período de transição que envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento. Trata-se de mudanças físicas e emocionais profundas que para cada mãe adquire um sentido diferente. Toda a gravidez é única e exclusiva.

Com o decorrer da gravidez vai-se formando uma ligação afectiva ao bebé – vinculação pré-natal. Muito antes do nascimento, no decorrer da gravidez, a mulher vai sentir o filho como parte de si e partilha uma história recheada de experiências e momentos únicos, vividos a um nível íntimo e exclusivo (Canavarro, 2006). Esta ligação afectiva vai sendo fortalecida ao longo da gravidez e em particular após a percepção dos movimentos fetais e, gradualmente, a mãe vai atribuindo uma identidade ao seu filho. Quando ocorre a perda desse bebé que pode ser de várias formas (morte intra-uterina, abortamento espontâneo, interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, morte do bebé no período neonatal), ocorre a rotura e perda dos seus sonhos e expectativas, assim como a imagem do bebé que foi fantasiando ao longo da gravidez. Na mente da mulher já existia uma identidade e uma personalidade do seu bebé, com quem já estabelecia uma ligação afectiva.

A morte ou a perda é a frustração de todos os desejos e fantasias dessa mulher e ainda, a impossibilidade de aplicar a sua capacidade materna. O bebé dos seus sonhos torna-se uma imagem, um ser que não está vivo em carne e osso, mas vivo em pensamento e emoção. A vida é tomada impiedosamente pela morte, é a máxima contradição.

De todas as situações de perda potencialmente vividas pelo ser humano, diz-se que das mais difíceis é a perda da sua prole. A “Pietà de Michelangelo” (1499), uma das famosas esculturas de Miguel Ângelo que de maneira piedosa e atemporal nos retrata a experiência dolorosa desta mãe (Virgem Maria) que tem o seu filho (Jesus) morto nos seus braços, que vê a ordem natural das coisas ser alterada. (Neder, 1996).

As perdas no período perinatal (perdas gestacionais, mortes fetais e neonatais) são um processo complicado para todos os intervenientes – mães, pais, familiares, médicos e enfermeiros, gerando sentimentos de medo e angústia, etc.

Vamos debruçar-nos no caso concreto de perda na gravidez nos casos de interrupção da gravidez por malformações fetais.

O desenvolvimento da medicina obstétrica, dos meios de diagnóstico e de tratamento, permite o diagnóstico de uma ampla gama de malformações fetais, inclusive aquelas incompatíveis com a vida. A situação do diagnóstico pré-natal é, por excelência, a do confronto com os próprios limites quando existe a constatação da existência de malformações fetais, fechando o prognóstico fetal e confrontando os pais com um luto pelo filho ainda vivo. O anunciar ao casal a existência de malformações fetais pode constituir a finalização e destruição de um sonho, levando a repercussões violentas e dramáticas na sua vida (Setúbal, 2006).

A aceitação do diagnóstico de malformação fetal é muito difícil para as mulheres e seus parceiros pois têm que enfrentar a interrupção das suas expectativas e esperanças, o romper de uma ligação afectiva que se foi criando e fortalecendo ao longo da gravidez.

Quando malformações fetais são detectadas no diagnóstico pré-natal, levanta-se a questão de interromper ou não a gravidez. Os casais enfrentam a difícil decisão de interromper ou não a gravidez. Quando é necessário tomar uma decisão de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, é normal os pais se debaterem com a dúvida e com os conflitos morais e éticos antes, e mesmo depois, de decidir. O processo de tomada de decisão origina muitas dúvidas e incertezas ao casal, gerando sofrimento e angústia (Costa, 2006).

A interrupção voluntária da gravidez segundo a Lei nº.16/2007 de 17 de Abril, artigo 142º., refere: “...c) *Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e se for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo.*” (Diário da república, 1º série).

Esta situação vivida pela mulher/família envolve sofrimento – processo denominado de luto. “O processo de luto é um trabalho pessoal de adaptação à perda. É uma experiência profunda e dolorosa, que implica sofrimento, mas também a capacidade de encontrar esperança, conforto e alternativas de vida significativas” (Canavarro, 2006: 271). Através do luto aprendemos a lidar com a morte, com as perdas em geral e com o sofrimento causado por elas. O luto por perda é um período de dor e sofrimento que deve ser encarado como necessário para o conseguir ultrapassar de forma natural e saudável. Nas situações específicas das perdas no âmbito da gravidez e da maternidade o processo de luto é uma vivência extremamente íntima e individual, vivida, muitas vezes,

no seio do casal (Leal, 2005). Vivenciar o luto é um desafio importante para a mulher/casal, tendo em conta que a perda de um filho é uma das perdas mais difíceis de serem elaboradas, é expressa com tristeza e revolta.

“... há perda do que foi esperado, imaginado ou planeado. Esta percepção da perda vivida pelos pais pode ser o acontecimento mais terrível por eles experimentado e vivido.” (Gomes, 2003).

Worden (1998), salienta que ao longo dos tempos, a percepção das perdas precoces tal como a de gravidez tem sofrido mudanças ao ritmo das transformações sociais e científicas. A forma como a mulher vivencia e ultrapassa o seu luto é influenciada pela sociedade, meio e cultura em que está inserida. Existem vários aspectos a ter em conta na forma como se vivencia o luto. Todos nós pertencemos a várias subculturas sociais e subculturas étnicas e religiosas que nos fornecem guias de comportamento, por exemplo os católicos têm os seus próprios rituais para ultrapassar o luto, ou seja, a forma como a pessoa reage ao luto tem a ver com a sua vida social, étnica e religiosa.

Apesar do processo de luto ser aparentemente um mecanismo universal, a forma como o luto é vivenciado e resolvido depende de vários factores: experiências prévias de perda, idade, factores culturais e familiares.

O processo de luto normal tem em conta diferentes fases segundo Weiner (1984): citado por Rolim e Canavarro (2006):

Fase de Choque e negação: Surge logo a seguir à perda e dura em média catorze dias. O indivíduo não acredita no que lhe está a acontecer, sente-se perdido, só e em apatia. O impacto da notícia e/ou confirmação da malformação fetal é enorme, como se a vida nunca mais voltasse a ser normal. A primeira reacção constitui uma verdadeira “paralisia” emocional, seguida de ideias como “isto não pode estar a acontecer”, etc. Ocorrem sentimentos de incapacidade de lidar com a situação e até mesmo de não ser capaz de sobreviver com ela. A realidade da existência de um feto com malformações é difícil de encarar. O não aceitar e acreditar no que está a acontecer ou que existe um erro no diagnóstico leva, por vezes, o casal a recorrer a outros profissionais com a esperança de alterar o diagnóstico.

Fase de desespero e expressão da dor: Ocorre a partir da segunda semana e pode durar de seis a oito meses. É a tomada de consciência do que sucedeu, da sua perda, o

desinteresse pela actividade de vida diária e alteração dos padrões normais de comportamento. A perda do bebé sonhado leva a sentimentos de dor e frustração, sendo capaz de expressá-los, de chorar e de ficar com raiva e culpabilização. Essa raiva pode ser dirigida para ela mesma por não ter sido capaz de conceber um bebé normal ou para outros como o seu companheiro, família, etc.

Fase de resolução e reorganização: Esta fase pode durar semanas ou meses. A motivação pela vida, emprego e nas relações interpessoais renova-se e ocorre um reordenamento nos padrões de sono/repouso e alimentação. Começa-se a delinear o futuro e a perda passa a ser aceite. A ansiedade tende a diminuir quando a mulher/casal adquire suporte emocional e absorve as informações correctas da patologia. Pode ter uma maior compreensão de toda a situação e adaptar-se melhor a ela. Quando o casal é envolvido e participa activamente no diagnóstico pré-natal, as suas ansiedades são acolhidas e tornam-se capazes de se reorganizarem emocionalmente. Existem casais que se reaproximam durante esta fase e a crise surge como uma forma de crescimento e maturação do casal. Noutras situações verifica-se a situação oposta, os casais não conseguem ultrapassar esta situação levando-os por vezes ao divórcio, surgindo aqui a crise como um processo disruptivo.

Segundo Canavarro (2006), estas fases variam de intensidade e duração de indivíduo para indivíduo. Existem factores que facilitam a integração e aceitação da perda (factores de protecção), enquanto outros factores podem contribuir para dificultar o trabalho de luto, como por vezes a inexistência ou escassez de rituais sociais que tornem a perda socialmente visível, muitas vezes são impostos pela sociedade e o meio onde se está inserida e contribuem para o evitamento e silêncio sobre estes acontecimentos, convertendo-os em assuntos tabu.

A mulher que está a vivenciar ou vivenciou uma situação de interrupção da gravidez por malformações fetais apresenta muitos medos, receios e sofrimento emocional e físico. A dor da perda de um filho acompanha a mulher durante toda a sua vida, mas com o tempo vai aprender a encarar essa dor de forma diferente e a acreditar que pode tentar novamente.

Esta temática é de extrema importância para podermos melhorar os cuidados de enfermagem à mulher/casal ao longo de todo o processo da interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais. O papel da enfermagem é de primordial importância

nos cuidados prestados a estas mulheres, os quais devem ser personalizados e individualizados, não esquecendo as suas vivências, experiência de vida, meio em que está inserida, cultura, crenças e valores, respeitando o luto de qualquer mulher/casal que viva esta situação. Estas mulheres necessitam então do apoio de profissionais e serviços de saúde.

A pessoa tem necessidade de cuidados em determinadas fases da vida ou em determinadas condições, por exemplo: quando ainda não é capaz de cuidar de si próprio (fase inicial da vida – nascimento e primeiros anos), quando se torna incapaz durante algumas etapas transitórias (gravidez ou doença), em situações definitivas de incapacidade ou, ainda, na fase final da vida. (Collière, 1999).

Neste sentido, quando cuidamos mulheres que realizam interrupção da gravidez por malformações fetais, devemos ter em atenção que os modelos de prestação de cuidados considerem a diversidade e transversalidade dos mesmos. Deste modo, os cuidados de enfermagem são o reflexo das teorias que o fundamentam, devendo operacionalizar o próprio cuidar na relação subjectiva e intersubjectiva que se estabelece no encontro entre o enfermeiro e este tipo de mulher (Azevedo, 3003).

O cuidar relaciona-se com a percepção do processo saúde/doença. As concepções de saúde/doença têm sofrido variações em função do contexto histórico, cultural, social, pessoal, científico e filosófico, traduzindo a variedade de contextos e experiências humanas. A doença faz parte do quotidiano. O direito à saúde é considerado fundamental para o ser humano. *“Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender”* (Duarte, 2002).

O conceito de saúde passa a ser algo dinâmico e contínuo. *“Saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”* (OMS, 1946). *“A saúde está no centro da vida e que tudo o que diz respeito à vida diz respeito à saúde”* (Hesbeen, 2000: 23).

As representações sociais do corpo, da saúde, da doença são influenciadas pelo conhecimento, importância e experiência que os indivíduos detêm e devem ser analisados relativamente à evolução das sociedades no tempo e no espaço. *“Cuidar é um acto social que só atinge a sua plenitude se tiver em conta, um conjunto de dimensões sociais”* (Collière, 1999: 324).

Como refere Watson (2002:30), “... a enfermagem tem um compromisso forte com o cuidar da pessoa na sua totalidade e um interesse pela saúde de indivíduos e grupos.”, uma ciência humana que tem em conta aspectos filosóficos e conceptuais, perspectivando os seres humanos como sujeitos vivenciados.

A enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos e desde o início da humanidade se encontram referências ao “cuidar”. *“Cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta aquele que consegue combinar elementos de conhecimento de destreza, de saber-ser, de intuição que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”* (Hesbeen, 2000: 37).

“Centrar a prática de enfermagem no “cuidar” é assumido como critério de autonomia e de constituição de um corpo de saber específicos distinguindo-se propositadamente do “tratar” baseado no modelo biomédico” (Gameiro, 2003: 6).

“Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se” (Collière, 1999: 234).

Quando se prestam cuidados de enfermagem deve-se ter em conta as competências conceptuais, psicomotoras e relacionais para que se possa dar resposta aos utentes. Na prestação de cuidados, na prática profissional, deve-se ver o indivíduo como ser único e com uma vivência própria, manifestando a capacidade de se respeitar e respeitar o utente.

Na prestação de cuidados à mulher/família é importante ter em conta o contexto, a época em que está inserida, as crenças e mitos acerca da gravidez, mantendo a sua individualidade enquanto sujeito dos cuidados. Como afirma Collière (1999: 324), *“Cuidar não pode ser um acto isolado, amputado de toda a inserção social... cuidar é um acto social... e implica uma responsabilidade social”*.

Gomes (2003), refere que a perda de um bebé seja por qualquer motivo for, neste caso concreto a perda por interrupção da gravidez por malformações fetais, resulta numa experiência desoladora e de sofrimento emocional para a mulher/família e amigos, assim como para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros que a acompanharam na gestação e durante todo este processo. Esta situação vivida pela mulher/família e profissionais de saúde envolve sofrimento – processo denominado luto.

O papel do enfermeiro é fundamental no acompanhamento a estas mulheres/família. Nós, enfermeiros, devemos estar preparados para colocar de lado os nossos próprios valores e crenças, de forma a sentimo-nos aptos a intervir em cada membro da família relativamente às suas necessidades específicas. É fundamental que exista coesão e inter-ajuda entre a equipa multidisciplinar para que o luto, quer no contexto do bebé idealizado, quer na interrupção médica da gravidez, seja realizado de forma não patológica.

De seguida, delinearemos alguns cuidados de enfermagem:

- **Proporcionar um ambiente seguro e adaptativo através da escuta empática e activa.** Deve proporcionar-se um ambiente acolhedor para que os pais se sintam à vontade para verbalizar, explorar, reflectir e desbloquear sentimentos, preocupações, pensamentos, significações, expectativas, crenças e necessidades pessoais, sem medo de represálias (Rolim, 2006).

A relação empática que se estabelece com a mulher/família é a forma mais nobre de cuidar e, muitas vezes, não é mais que uma mensagem não verbal, expressa frequentemente pela linguagem transparente do corpo: gestos, postura, tom de voz, toque e expressões faciais.

Como refere Lazure (1994:160), *“cuidar revela-se para mim como a dimensão essencial da enfermagem e o seu valor mais alto está na relação dos enfermeiros com a pessoa cuidada, uma relação pessoa a pessoa, isto é, um encontro, um estar com... implica presença, disponibilidade, compreensão e congruência”*, só assim a relação inicialmente estabelecida na experiência sensorial vai dando progressivamente lugar a uma relação terapêutica.

- **Respeitar a cultura, raça, religião e valores do casal.** Estes aspectos exercem influência determinante na forma de pensar dos indivíduos. Salienta-se o facto das reacções face ao luto poderem adquirir muitas significâncias dependendo da cultura, religião e meio social em que o casal está inserido, devem ser tratados com seres pessoais e únicos. Torna-se, deste modo fundamental compreender e respeitar a diversidade cultural, acentuando o papel dos profissionais de saúde na aceitação e promoção da diversidade (ABREU, 2003), situação prevista no Código Deontológico do Enfermeiro – no seu artigo 80º e 81º: *“conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserida (...), abster-se do juízo de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores*

(...), respeitar e fazer respeitar as opções políticas, culturais, morais e religiosas da pessoa (...) ”.

- **Informar o casal sobre todas as questões relativas à situação.** O facto de esclarecer o diagnóstico, período que geralmente demora algum tempo, ajuda os pais a lidarem com os sentimentos negativos e com a sua própria ansiedade. Os pais podem acompanhar o estudo do diagnóstico passo a passo, esclarecer dúvidas e tornarem-se, progressivamente, mais capacitados na decisão do caminho a tomar perante tal situação (Antunes, 2007).

A forma como a informação é dada à mulher/família é fundamental. Todos os profissionais de saúde devem fornecer informação à mulher/família ao longo de todo o processo da interrupção da gravidez. Também o enfermeiro tem o dever de dar informação à mulher e família, como refere o Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 84º, informar o indivíduo e família no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado... Na prática, a informação deve ser entendida de forma clara e eficaz, fornecida de forma perceptível e isenta de terminologia ou linguagem que não seja conhecida pelos interlocutores, permitindo que o outro tenha um papel activo e responsável pelo desencadear do seu processo terapêutico e conseguindo, desta forma, ter maior controlo e capacidade de lidar com a situação.

- **Identificar pais e familiares em risco de desenvolver respostas à perda não adaptativas.** Os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e capacitados para de uma forma fácil e rápida, identificar as pessoas em risco de desenvolverem reacções não adaptativas.

- **Auxiliar o casal/família a adaptar-se à nova situação existencial, favorecendo a aceitação da perda.** Nas situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais em que é necessário tomar uma decisão, é normal os pais se debaterem com a dúvida e com conflitos morais e éticos antes, e mesmo depois, de decidir. É necessário que o profissional compreenda os efeitos que esta complexa situação exerce sobre as pessoas nela envolvidas, bem como, o seu processo de adaptação e o modo como vivenciam estes momentos. Perante um casal que recebe a notícia de anomalia do seu bebé, a intervenção profissional deve ter em conta a especificidade da situação, tendo como objectivo ajudar emocionalmente o casal numa decisão difícil e facilitar o processo de resolução de problemas (Rolim, 2006).

As reacções face ao diagnóstico de malformação fetal são diferentes de pessoa para pessoa. O profissional deve ouvir, ser empático, procurar criar um ambiente favorável à expressão de emoções para que a decisão seja tomada de forma conjunta. Muitas vezes, é suficiente saber escutar, tocar, abraçar e, por vezes, fazer perguntas que ajudem a mulher a reflectir (por exemplo: Diga-me o que aconteceu? O que pensa sobre o que aconteceu? O que sente?) (Rolim, 2006).

- **Dar a conhecer o processo de luto.** Segundo Rolim (2006), é essencial dar a conhecer à mulher/família as fases do processo normal de luto, de forma a ajudar os pais a compreender melhor o processo que estão a percorrer, reajustando-se mais facilmente perante uma situação de perda. O aceitar a morte de um filho não significa esquecê-lo ou abandoná-lo, mas sim perceber que o filho está ausente. A situação de perda leva, numa primeira fase, a estados depressivos, mas a sua aceitação leva os pais a estarem aptos a prosseguirem com as suas vidas e a restabelecerem novos laços afectivos com os outros filhos, entre o casal e com outras pessoas significativas.

- **Reorganização do padrão de rotina.** Ajudar a construir novos significados na vida e a retomar a sensação de controlo; proporcionar apoio aos pais nas diferentes fases do processo de luto ajudando-os a reorganizar o seu padrão de vida e a restabelecer rotinas, atribuindo novos significados nas suas vidas; ajudar os pais que passam pela experiência de uma perda, por morte ou malformação do filho tem como objectivos garantir a sua adaptação, ajudar a restabelecer os seus padrões habituais de funcionamento individual e familiar, prevenir recaídas emocionais e facilitar a construção de alternativas de vida, encontrando novos significados e restabelecendo a sensação de controlo.

- **Providenciar informação** – acerca dos recursos de comunidade e na participação de grupos de apoio. O papel de pais que já passaram pela experiência é importante, de forma, a desbloquear frustrações, a partilha de emoções e experiências, com outros que já passaram por situações semelhantes.

- **Facilitar o encaminhamento para outros profissionais.** Todos os profissionais são importantes e fundamentais neste processo, mas o seu papel pode ser intensificado se houver apoio de uma equipa multidisciplinar que trabalhe as diferentes necessidades do casal de forma humana e holística. Os profissionais de saúde nomeadamente os enfermeiros que contactam com os casais que sofrem ou sofreram uma morte perinatal devem estar atentos às possíveis complicações do luto. Não se deve ignorar o luto que

as mulheres/família sentem após a perda de um feto, mas respeitar o luto da mulher que perde um filho mesmo in útero e cuidar dela e da família com toda a atenção e cuidados necessários. Desta forma, poder-se-ão identificar situações de luto patológico e efectuar o encaminhamento dessas mulheres para outros profissionais (Gomes, 2003).

Como refere Rolim (2006), o desconhecimento do processo de luto pode levar alguns profissionais de saúde materna a optar por não falarem no assunto e não fazerem perguntas, pois pensam que esta atitude vai poupar os pais de falarem sobre a perda. Cria-se assim, um ambiente de silêncio e ilusão, podendo dificultar o processo de adaptação e atrasar o trabalho de luto. Para ajudar, é necessário que os profissionais tenham um espaço que permita a partilha das suas vivências, reduzindo a ansiedade envolvida na situação. *“O luto é assim um processo vivido quer por quem cuida, quer pela família da pessoa que morreu”* (Gomes, 2003:54).

Em termos conclusivos, podemos dizer que se deve ouvir sem consolar, sem tentar minimizar o sofrimento, mas sim fazer com que a mulher perceba que alguém a entende e está em sintonia com a sua dor, pois sair do hospital sem o seu bebé, é sair perdendo muito mais do que se pode imaginar. Muitas falam as mesmas coisas, perguntam repetidamente sobre tudo, outras, calam-se e nada querem saber. Devemos respeitá-las e procurar entender que o sofrimento é delas, nós apenas estamos presentes nesse momento tão doloroso. Estar presente: esta é a nossa maior colaboração.

Serão necessários meses, anos, para que a sua mente e memória consigam entender o que o seu coração nunca esquece.

PARTE II: DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO DO ESTUDO

1. A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A investigação científica é um contributo essencial para o desenvolvimento de uma profissão e facilita o seu desenvolvimento como ciência, “... *é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real em que vivemos. É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitem de uma investigação*” (Fortin, 2003: 15).

Na investigação em enfermagem utiliza-se um processo científico no estudo de problemas específicos verificados ao longo do tempo, de forma a fornecer bases científicas para a prática com vista a introduzir mudanças nas situações onde se apresentam esses problemas.

“Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada problemática, isto é, que causa inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado” (Fortin, 2003:48). Vai-se delimitar um campo de interesse preciso, que pode estar relacionado com preocupações da prática diária ou de comportamentos e situações observadas relacionadas com os utentes, família, etc.

Na prática diária no serviço de Obstetrícia, onde exerço funções como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, a problemática que nos intrigou foram as vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais.

Surge-nos assim numa perspectiva reflexiva sobre esta situação, a questão central da nossa investigação:

- **Como as mulheres vivenciam a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais?**

Segundo Quivy (2005), a pergunta de partida é a forma de o investigador exprimir o que procura saber, elucidar e compreender melhor, devendo obedecer a critérios, tais como: clareza, exequibilidade e pertinência.

1.1. ESCOLHA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Actualmente, a enfermagem é considerada como disciplina baseada na perspectiva filosófica das pessoas e das suas experiências de saúde. Segundo Shaw citado por Amendoeira (2000:15) enfermagem é uma *“disciplina que compreende a multidimensionalidade complexa do comportamento humano, gerando algum consenso no que concerne à capacidade para reconhecer a singularidade e a individualidade, tanto na saúde como na doença”*. Esta destaca-se das outras ciências pelo facto de se interessar pelo “CUIDAR” do indivíduo num todo, tendo em conta todas as suas vertentes, na multidimensionalidade da pessoa.

Turato (2005:509), refere que *“no contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, (...) não se busca estudar o fenómeno em si, mas entender o seu significado colectivo com a vida das pessoas”*. Desta forma, a investigação qualitativa parece ser a mais adequada à profissão de enfermagem. É um método privilegiado nas ciências humanas que tem como objectivo o estudo da natureza das características humanas. Existem várias variantes em termos metodológicos da investigação qualitativa, mas tendo em conta a pergunta de investigação formulada, achamos que a abordagem fenomenológica hermenêutica é a mais adequada para este estudo, pois possibilita ao investigador a exploração das experiências e vivências e, subsequentemente, a interpretação do fenómeno em estudo facilitando a sua compreensão.

A gravidez e a maternidade são acontecimentos naturais que geralmente decorrem sem grandes sobressaltos ou problemas, no entanto em determinadas situações, como por exemplo, quando é diagnosticado à mulher a existência de um feto com malformações fetais isso não acontece e, nesta situação, é necessário a realização de interrupção voluntária da gravidez.

Na prática diária em Obstetrícia e na observação efectuada verificou-se que os enfermeiros e os profissionais de saúde da área materno-infantil estão mais vocacionados para lidar com a vida do que outros técnicos de saúde que lidam diariamente com doenças e morte, descurando situações importantes de perda na gravidez, como por exemplo na situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais.

A mulher que está a vivenciar ou vivenciou uma situação de interrupção da gravidez por malformações fetais apresenta muitos medos, receios e sofrimento emocional e físico. A actuação do enfermeiro é fulcral no cuidar a esta mulher/família. Perante as várias dimensões que esta problemática nos coloca é importante reflectir sobre ela, para que os cuidados vão ao encontro das necessidades e expectativas da pessoa, numa perspectiva multidisciplinar.

Na gravidez e maternidade, lidar com questões relacionadas com a morte é um processo difícil e complexo. A equipe de saúde que lida constantemente com o começo da vida e muito raramente com a morte tem, por vezes, dificuldade em lidar com situações de insucesso no contexto obstétrico e neonatal. Nós, profissionais de saúde temos, por vezes, receio, medo de abordar essas mulheres e ferir a sua susceptibilidade.

Surge-nos a dúvida: Como estas mulheres vivenciam esta experiência da sua vida?

Da exposição da problemática e contextualização do fenómeno em estudo, sobressai a necessidade de compreender as experiências vividas/vivenciadas.

Na pesquisa efectuada observou-se a existência de algumas investigações a nível nacional e internacional relativamente à problemática da mulher que vivenciou a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais na área da psicologia e poucos no âmbito da enfermagem.

Surge assim a necessidade, de abordar e nos debruçarmos sobre esta temática de forma a aprofundar este tema na área da enfermagem. Que através da descrição e interpretação das suas vivências, seja uma mais-valia para os cuidados de enfermagem, proporcionando um enriquecimento no campo de estudo e da investigação na área da obstetrícia e uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados a estas mulheres. Também ocorreu uma necessidade sentida a nível profissional e a falta de trabalhos científicos sobre este tema na área de enfermagem. Os enfermeiros encontram-se numa situação privilegiada, pois são os profissionais de saúde que mais tempo, se encontram “próximos” destas mulheres.

Na elaboração de um trabalho de investigação, o investigador deve ter em conta determinadas etapas, que vão sendo efectuadas ao longo do processo de investigação de uma forma interactiva.

1.2. DA PROBLEMÁTICA AOS OBJECTIVOS DO ESTUDO

A finalidade desta investigação é obter um maior conhecimento da problemática da mulher que vivencia a experiência de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, de forma a definir linhas de orientação para as intervenções de enfermagem neste âmbito, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Para melhor compreendermos os sentimentos, as experiências e os significados que as mulheres vivenciam aquando da realização de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, procedeu-se à formulação da seguinte questão de investigação, que é a base para o nosso estudo:

- **Como as mulheres vivenciam a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais?**

Definida a problemática do nosso estudo, reflexão sobre a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, formulamos os objectivos do nosso estudo.

O objectivo de uma investigação indica o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. “ O objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação” (Fortin, 2003: 100).

Foram definidos como objectivos desta investigação:

- ✓ Descrever as experiências da mulher que vivencia a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais;
- ✓ Compreender as vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais.

Tendo em conta a questão de investigação e os objectivos deste estudo consideramos que para compreender plenamente as vivências dessas mulheres, a abordagem mais indicada para obter resultados satisfatórios é a abordagem fenomenológica. A finalidade desta abordagem é compreender as experiências vividas por essas mulheres.

2. FENOMENOLOGIA – REFLEXÃO

A palavra “fenomenologia” deriva de duas palavras de origem grega: “phainomenon” (fenómeno) – que significa aquilo que se mostra por si mesmo; e “logos” – ciência, estudo. Deste modo, fenomenologia é o estudo ou a ciência do fenómeno, daquilo que se mostra ou revela a si mesmo. “... *procura descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que os humanos lhe atribuem*” (Fortin, 2003: 148).

A fenomenologia pode ser definida Segundo Streubert (2002) citando Herbert Spiegelgert (1975), como um movimento filosófico cujo principal objectivo é a investigação directa e a descrição do fenómeno tal como é experimentado conscientemente, suas teorias de explicação causal e tão livre quanto possível de preconceitos e de pressupostos não examinados.

A abordagem fenomenológica permite olhar as coisas como elas se manifestam. A sua preocupação é a descrição do fenómeno e não a sua explicação. É através da descrição que a sua natureza é revelada e o significado da experiência da pessoa compreendido, descrevendo a experiência humana tal como ela é vivida. Como nos refere Lynch-Sauer (1985:95), “o seu objectivo é compreender a experiência humana, através da descrição dessa mesma experiência”.

Loureiro (2002) reforça a ideia que o objectivo fundamental da fenomenologia é o estudo dos fenómenos, tal como eles são experimentados na consciência, não interessa como as coisas são em si, mas como cada um de nós as vivencia. Trata-se de uma corrente filosófica, cujo objectivo consiste na investigação directa e descrição do fenómeno, do modo como é conscientemente experimentado, abstraindo-se o mais possível de ideias preconcebidas sem recorrer a teorias de explicação causal.

A fenomenologia é a forma “... *de nos vermos a nós mesmos, os outros, e tudo o resto com quem ou com que contactamos na vida.*” (Streubert, 2002:50). As experiências vividas no dia-a-dia são o foco central da pesquisa fenomenológica e a sua meta é descrever as experiências vividas.

“A *preocupação da fenomenologia é descrever o fenómeno, não explicá-lo; é compreendê-lo, não achar relações causais*” (Carvalho, 2002: 844). A sua descrição é rigorosa, permitindo chegar à essência.

“A fenomenologia possibilita aos investigadores o enquadramento para descobrir como é viver a experiência” (Streubert, 2002: 20).

Enquanto movimento filosófico pretende descrever o fenómeno tal qual ele aparece, reconhecendo nessa caminhada a essência de ser, da vida e das relações. Os fenómenos acontecem dentro de um determinado tempo e espaço e precisam ser mostrados para que se alcance a compreensão da vivência, levando a uma reflexão sobre essa modalidade de pensar, de contribuindo para o viver quotidiano (Terra, 2006).

Para uma melhor compreensão e aplicação da fenomenologia como método de investigação em enfermagem abordaremos a sua evolução histórica.

2.1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA FENOMENOLOGIA

Para melhor clarificação do método fenomenológico é importante compreender a evolução histórica e filosófica da fenomenologia.

No século XIX eram feitos estudos apenas visando a objectividade, utilizando o método experimental-qualitativo das ciências físicas, para encontrar as causas e as relações para os factos. Nos fins do século XIX e início do XX começaram a surgir críticas a estes estudos e surgem novos enfoques para áreas específicas, como as ciências humanas e sociais, ou seja, o enfoque humanista ou compreensivo e o enfoque crítico-dialéctico.

Diferentes perspectivas filosóficas do saber implicam diversas formas de desenvolver o conhecimento e portanto, diferentes métodos de investigação. Para os defensores do positivismo, a ciência é sinónimo de metodologia sistemática, limitando-se aos factos, a realidade é percebida como única e estática. O conhecimento provém dos resultados encontrados através das ciências que se desenvolvem sob condições previsíveis e controladas.

Para a filosofia naturalista, a realidade é múltipla e descobre-se através de um processo dinâmico que consiste em interagir com o ambiente. Os fenómenos humanos são únicos e imprevisíveis sendo os esforços científicos orientados para a compreensão total do fenómeno em estudo. Nesta filosofia, o investigador está preocupado com a

compreensão do comportamento humano a partir do esquema de referência da pessoa não lhe impondo um quadro exterior (Fortin, 2003).

Devido à incapacidade do positivismo de responder às questões colocadas pelas ciências humanas, surge nos finais do séc. XIX inícios do séc. XX, derivando da filosofia naturalista, um movimento que provém dos filósofos existencialistas alemães, franceses e holandeses - a fenomenologia. Este movimento filosófico pode ser dividido em três fases, que caracterizam a evolução fenomenológica: a preparatória, a alemã e a francesa (Streubert, 2002).

Fase Preparatória: Teve como impulsionadores Franz Bretano (1838-1917) e Carl Strumpf (1848-1936). Ambos viam a fenomenologia como uma forma de descrever e clarificar as vivências humanas, antes de formular explicações causais. Strumpf discípulo de Bretano demonstrou através do seu trabalho o rigor científico da fenomenologia e via - a como uma pré-ciência. De acordo com Streubert (2002), o primeiro tema a surgir foi a clarificação do conceito de intencionalidade. Este conceito significa que a consciência é sempre consciência de algo, uma pessoa não ouve sem ter ouvido ou acredita sem acreditar em alguma coisa.

Fase Alemã: Apesar de Brentano e Strumpf terem sido os pioneiros na aplicação da reflexão fenomenológica, foi Edmund Husserl (1857-1938) que a impulsionou, tendo sido considerado o pai da fenomenologia. Husserl conjuntamente com Martin Heidegger (1889-1976) foram os líderes sublimes da fase alemã do movimento fenomenológico.

Para Husserl a filosofia deveria tornar-se uma ciência rigorosa que restabelecesse o contacto com as preocupações humanas mais profundas e a fenomenologia constituiria uma base segura e liberta de pressuposições para todas as ciências. Ele pretendia readquirir a originalidade do sujeito, aquilo que a humanidade tem de mais genuíno. Essa originalidade seria conseguida através de uma redução – a redução fenomenológica que começa com uma suspensão de crenças e pressupostos do fenómeno em estudo.

Martin Heidegger aprofundou o trabalho de Husserl embora rejeitasse alguns dos seus pressupostos filosóficos. Enquanto Husserl examinava a “essência primordial dos fenómenos” atendendo a uma abordagem meramente descritiva, Heidegger deu significado e interpretação às descrições originais, processo que designou hermenêutica. Este filósofo visualizou a fenomenologia existencial, ou seja, tentou compreender o modo como as pessoas vivem no mundo.

Fase Francesa: Durante a segunda Guerra Mundial a fenomenologia transitou para a França, surgindo a fase francesa que reconhece três filósofos chave: Gabriel Marcel (1889-1973), Jean-Paul Sartre (1905-1980) e Maurice Merleau-Ponty (1905-1980). Sartre interessou-se mais pelo método fenomenológico do que pela sua teoria e tinha como objectivo encontrar o equilíbrio entre a objectividade e subjectividade para melhor compreender as essências.

Merleau-Ponty preservou os passos que Husserl definiu para o método fenomenológico, no entanto, inicia-o a partir da intencionalidade, estabelecida como ponto de chegada para Husserl, a qual corresponde à descoberta do sentido do ser. Merleau-Ponty caracterizou-se como um filósofo existencialista. Para Merleau-Ponty a fenomenologia é a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida (Queiroz, 2007).

2.2. O MÉTODO FENOMENOLÓGICO

O método fenomenológico é definido por Streubert (2002:55), como “...*uma investigação rigorosa, crítica e sistemática de um fenómeno...*”, explica a estrutura ou essência das experiências vividas de um fenómeno de forma rigorosa, através da experiência vivida do quotidiano.

Holanda (2006), descreve-o como uma abordagem descritiva, partindo da ideia de que se pode deixar o fenómeno falar por si, tendo o objectivo de alcançar o sentido da experiência, ou seja, o que a experiência significa para as pessoas que tiveram a experiência em questão e que dão uma descrição compreensiva desta.

Loureiro (2002:12), refere que este método “...*visa revelar e descrever estruturas de significado interno da experiência vivida, é a procura para o que significa ser humano*”. Descrevendo do ponto de vista fenomenológico a vivência de determinado fenómeno como um participante, experimenta-o e vivencia-o. A investigação fenomenológica dá especial importância à linguagem, através da qual descrevemos, analisamos e interpretamos os fenómenos tal e qual eles são vividos pelos participantes.

Este método procura a realidade tal com é vivida pelos participantes; uma realidade complexa, multifacetada, da qual só nos podemos apropriar pela riqueza de informação

fornecida pelos próprios participantes. Este método tem em conta a credibilidade, a qual “... responde à questão de precisão dos nossos achados, tal como são descritos pelos participantes” (Loureiro, 2006:27). Esta depende não só da riqueza de informação recolhida, mas também da capacidade analítica do investigador, ou seja, conhecer as realidades tal como são vividas e a interpretação de quem investiga.

O método fenomenológico pesquisa fenómenos subjectivos na crença, verdades essenciais acerca da realidade baseadas na experiência vivida. É importante a experiência tal como se apresenta e não o que se possa pensar, ler ou dizer acerca dela, o que interessa é a experiência vivida no mundo do dia-a-dia da pessoa.

Queiroz (2007) citando Giorgi (1985), refere que o método fenomenológico se destina a pesquisas sobre fenómenos humanos, como são vividos e experienciados, através de descrições das experiências dos sujeitos que experienciam os fenómenos em estudo.

Loureiro (2002), descreve três fases do método fenomenológico: a intuição, a análise e a descrição.

A intuição - deve-se suspender a crença no fenómeno. O investigador deve colocar de lado todos os seus conhecimentos, quer pessoais quer teóricos, acerca do fenómeno a investigar, realizando uma declinação do seu próprio conhecimento. Exige que o investigador olhe as coisas como são vividas e para a experiência directa da pessoa, não perdendo a capacidade crítica.

A análise – envolve a identificação da essência do fenómeno em estudo, procurando identificar os elementos e as estruturas dos fenómenos obtidos através da intuição.

A descrição – é a comunicação e descrição, de modo escrito e verbal, dos elementos distintos e críticos do fenómeno. Pressupõe uma estrutura de nomes e de classes para determinar a localização do fenómeno, considerando um sistema de classes já desenvolvido.

Existem dois tipos de metodologia de investigação do tipo fenomenológico: a fenomenologia eidética ou descritiva e a fenomenologia hermenêutica ou interpretativa. A primeira tem como objectivo a descrição do significado de uma experiência, que é eidética e fundamental. O investigador tenta visualizar o fenómeno na sua essência colocando de lado todo o mundo natural ou mundo de interpretação.

A fenomenologia hermenêutica ou interpretativa visa descobrir os significados dos fenómenos através da sua compreensão. É um método de pesquisa que visa essencialmente a interpretação do significado da experiência vivida e é mais do que observar o fenómeno por si próprio. É um método interpretativo através do qual se vai mais além da mera descrição do que é manifesto e se tenta descobrir significados escondidos. É um método valioso para o estudo de fenómenos.

Neste sentido consideramos que o nosso estudo se enquadra na perspectiva fenomenológica hermenêutica, ou seja, numa perspectiva de compreensão das experiências vividas pelas mulheres que realizaram interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, e não só pela determinação da essência da experiência de realizarem a interrupção da gravidez. Desta forma, para facilitar o nosso estudo, a compreensão e a análise do trabalho baseamo-nos na perspectiva fenomenológica hermenêutica de Van Manen.

2.2.1. Método fenomenológico de Van Manen (1984/1990)

A fenomenologia hermenêutica ou interpretativa é um método valioso para o estudo dos fenómenos relevantes para o ensino, a investigação e a prática de enfermagem. Quando se cuida da mulher submetida a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, o enfermeiro não atende apenas à imagem corporal e ao aspecto físico da mulher, mas o efeito que pode ter na família, no trabalho e no bem-estar psicológico.

Dessa forma para compreender plenamente as vivências dessas mulheres, considero que a abordagem mais indicada para a obtenção de resultados satisfatórios, é a abordagem fenomenológica, com vista a explorar as experiências vividas por essas mulheres.

A escolha do tipo de estudo depende da questão de investigação deste estudo: Como as mulheres vivenciam a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais?

Este tipo de estudo visa compreender um fenómeno do ponto de vista daqueles que vivem ou viveram essa experiência, de forma a extrair a sua essência e efectuar uma descrição densa e fiel da experiência relatada.

Van Manen (1990) citado por Queiroz (2007:149), “... do ponto de vista fenomenológico, investigar, é sempre questionar o medo como experienciamos o mundo, é querer conhecer o mundo no qual vivemos como seres humano”.

Este tipo de método visa compreender a estrutura essencial da experiência vivida de pessoas doentes, dos seus familiares, dos profissionais que acompanham as experiências de sofrimento dos outros e também vivenciam as suas próprias ao longo dos seus percursos de vida pessoal e profissional (Queiroz, 2007).

Relativamente ao estudo efectuado, enquadra-se nesta perspectiva fenomenológica hermenêutica de Van Manen, pela interpretação de significado das experiências vividas pelas mulheres que realizam interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, e não só pela determinação da essência da experiência de realizar interrupção da gravidez por malformações fetais.

A fenomenologia hermenêutica Segundo Van Manen tem quatro etapas ou passos essenciais (queiroz, 2007):

1. Voltar-se para a natureza da experiência vivida

- Voltar-se para um fenómeno que realmente interessa ao investigador e que o relaciona com o mundo.

2. Investigação Existencial

- Investigar a experiência tal como ela é vivida e não como é conceptualizada.

3. Reflexão Fenomenológica

- Reflexão nos temas essenciais que caracterizam o fenómeno.

4. Escrita Fenomenológica

- Descrição do fenómeno através da arte de escrever e reescrever;
- Utilizar a experiência pessoal do investigador;
- Estudar a experiência tal como cada um a vive e não como ela é conceptualizada;
- Utilizar as descrições encontradas na literatura.

Neste processo descrito por Van Manen, o primeiro passo implica que o investigador se volte para a natureza da experiência vivida, exigindo que se questione acerca do fenómeno que lhe interessa, surgindo o tópico de investigação da sua experiência pessoal e profissional.

No segundo passo, utilizando a entrevista com questões abertas para obter informação sobre a experiência vivida, efectuando-se a colheita de dados.

O terceiro passo é a reflexão fenomenológica que envolve dois processos: a análise temática e a determinação dos temas essenciais, nos quais se vai basear a descrição fenomenológica final.

O quarto passo é a escrita fenomenológica, onde ocorre a escrita e a re-escrita para que surja o significado da experiência, pois a fenomenologia é uma construção linguística, ou seja, provém da linguagem do outro e apresenta-se pela linguagem do investigador, e desta forma é apresentada a essência do fenómeno em estudo.

Neste tipo de investigação não se procura uma generalização tradicional dos resultados, mas pretende-se a possibilidade da utilização do estudo para a melhoria da prestação dos cuidados em contextos semelhantes, uma vez que o ser humano é único.

2.3. A FENOMENOLOGIA APLICADA À INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

A enfermagem presta cuidados aos utentes, tendo em conta uma visão holística destes, do seu corpo, da sua mente e espírito. Cuidar de modo holístico, e evitar o reducionismo está no centro da prática profissional da enfermagem. A prática profissional da enfermagem tem em conta as experiências de vida das pessoas. A fenomenologia como método é adequada à investigação de fenómenos importantes para a enfermagem, uma vez que a pesquisa fenomenológica hermenêutica é a exploração do todo, integrando um método conveniente para a investigação de fenómenos importantes para a prática, o ensino e a administração em enfermagem.

A escolha do método fenomenológico em investigação em enfermagem deve-se à sua procura de conhecer a pessoa no seu todo e não apenas o observável e mensurável. Pretende perceber o seu mundo, as suas vivências e experiências que são influenciadas pela sua relação e modo de estar no mundo.

Segundo Loureiro (2002), a aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem tem como objectivo principal dar resposta a uma das questões relacionadas

com a teorização da prática de cuidados, ou seja, a busca do entendimento das necessidades experienciadas pelos utentes, para poder corresponder a essas necessidades de forma efectiva. Deste modo, a função da investigação em enfermagem é, focar-se nos diversos aspectos do planeamento de cuidados de enfermagem. Essa tarefa requer o entendimento das necessidades experienciadas e vividas pelo outro. Ele é o sujeito da intervenção e a forma como experimenta as coisas, as suas necessidades, desejos, medos e aspirações são descritas tal como são vividas.

Deste modo, a investigação de fenómenos importantes para a enfermagem exige ao investigador estudar as experiências vividas tal como se apresentam na vida quotidiana, pois as pessoas estão ligadas aos seus mundos e só poderão ser compreendidas nos seus contextos. Como afirma Loureiro (2002), não interessa a opinião que o participante tem ou faz de um determinado fenómeno, mas sim, como ele é vivido, tratando-se da investigação na primeira pessoa. A fenomenologia pode desenvolver um entendimento, uma forma de pensar em enfermagem e de pensar a própria enfermagem.

A importância da investigação está contemplada no artigo 9º, elaborado pela ordem dos enfermeiros, *“os enfermeiros concebem, realizam e promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral”* (2004:8). Sendo assim, considerando que vivemos num mundo em constante mudança e em que a flexibilidade, iniciativa, vontade de aprender e mudar são fundamentais para o crescer da instituição e considerando que o papel de fenomenologia não é o de refutar teorias, mas trazer a novidade, a experiência tal como é vivida, julgamos importante conhecer as vivências de mulher que realiza interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais.

A enfermagem na sua prática diária tem em conta as experiências de vida das pessoas, cuidando holisticamente o indivíduo como um todo. Sendo assim, a fenomenologia como método é adequada à investigação de fenómenos importantes para a prática da enfermagem. Para descrever esse fenómeno é fundamental a descrição da experiência dos sujeitos e, neste caso concreto, a descrição das vivências das mulheres numa situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais. Este é um caminho para a compreensão desse fenómeno, sendo a sua meta descrever as experiências vividas.

É um método de investigação para a enfermagem, oferecendo uma oportunidade para descrever e clarificar fenómenos importantes para a prática, para o ensino e para a

investigação. Os resultados deste estudo e a compreensão dos fenómenos vão proporcionar aos enfermeiros uma mais-valia para compreender as vivências do indivíduo, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

“A fenomenologia pode promover um entendimento e uma forma de pensar em enfermagem e pensar a própria enfermagem” (Loureiro, 2002: 11).

A pesquisa fenomenológica na enfermagem alerta para que fenómenos como saúde-doença, vida-morte, relações enfermeiro-utente não podem ser compreendidos isolados da pessoa que os vive, é preciso compreender o fenómeno no ser que o vivencia (Carvalho, 2002).

A fenomenologia vai permitir, na pesquisa de enfermagem, um saber compreensão que não está vidente, mas ligado a fenómenos humanos, levando à reflexão e provocando mudanças no agir. O ser humano é visto como sujeito e não como objecto.

Como refere Terra (2006), a abordagem fenomenológica tem sido a base de inúmeros trabalhos científicos em enfermagem, contribuindo dessa forma para a praxis da profissão e para a construção de um saber próprio da Enfermagem como disciplina.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1- PARTICIPANTES NO ESTUDO

Numa abordagem qualitativa não se investiga para as pessoas mas com as pessoas de interesse, em que os participantes constituem um elemento activo na investigação não um agente passivo sobre o qual se age (Fortin, 2003).

A escolha dos participantes é efectuada através de critérios de selecção. Deve-se assegurar que tenham um conhecimento específico do fenómeno que se pretende descrever e analisar, que sejam capazes de o comunicar e partilhar (Loureiro, 2006). Desta forma, centrámos o nosso estudo nas vivências das mulheres que realizaram interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, mulheres que vivenciaram o fenómeno e que não se importam de o partilhar.

Os participantes são aqueles que podem confirmar e enriquecer a compreensão teórica e desafiá-la levando ao avanço do desenvolvimento teórico (Polit, 2006). São seleccionados de forma intencional por conveniência, de acordo com a sua experiência, a sua cultura, interacção social ou fenómeno de interesse, no sentido de aumentar a possibilidade de encontrar informações precisas sobre o fenómeno em estudo. As participantes são mulheres que vivenciam o fenómeno em estudo, ou seja, aquelas que realizem interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais.

A escolha dos participantes de forma intencional é utilizada mais frequentemente na pesquisa fenomenológica. É um método de seleccionar indivíduos para participarem num estudo que se baseia no “... *conhecimento específico de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento. A lógica e o poder da amostra intencional estão na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade.*” (Streubert, 2002: 66). Através destes casos, ricos em informação, pode-se aprender muito e, estes, podem ser bastante importantes para o estudo de investigação.

Procura-se seleccionar indivíduos, para participarem num estudo, que possuam um conhecimento específico de um determinado fenómeno, de forma a poderem partilhá-lo. A preocupação em seleccionar casos ricos de informação deve-se ao facto de se

poderem estudar em profundidade e, desta forma, aumentar a possibilidade de encontrar informações precisas sobre o fenómeno em estudo.

Dadas as características do estudo, totalizou onze participantes, mulheres que realizaram interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, no Centro Hospitalar do Porto – unidade Hospital Santo António no Serviço de Obstetrícia/Ginecologia. A recolha de dados decorreu entre os meses de Maio de 2008 e Setembro de 2008.

O importante, neste tipo de estudo, é a riqueza dos conteúdos transmitidos e a saturação dos mesmos. O investigador recolhe dados até à saturação, ou seja, quando começa a encontrar dados repetidos. Tal como refere Streubert (2002:67), *“a colheita de dados continua até o investigador acreditar que a saturação foi alcançada, isto é, quando não emergem novos temas ou essências dos participantes e os dados se repetem”*. A saturação traduz o momento em que deixam de emergir coisas novas, o que implica que o processo de análise ocorra em simultâneo com a colheita de informação.

Na selecção das participantes considerámos determinados critérios, nomeadamente:

- ter realizado interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais por qualquer tipo de patologia associada, sem especificar, no período pretendido, terem estado sujeitas ao mesmo fenómeno no mesmo intervalo de tempo;
- a realização da interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais ter sido há menos de um mês;
- as participantes aceitarem participar no estudo;
- as participantes não se importarem de falar sobre a sua vivência: interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, permitindo a partilha da informação.

3.2 – PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

A escolha do instrumento de colheita de dados teve por base a necessidade de possibilitar às participantes responderem por palavras suas às questões colocadas. A recolha de informação como refere (Ketele, 1993:17), pode ser definida como *“...o processo organizado posto em prática para obter informações junto de múltiplas fontes...”*. Pode então a recolha de informação ser efectuada de diversas formas e cabe ao investigador determinar qual o instrumento de colheita de dados que melhor lhe

convém, tendo em conta os objectivos do estudo e as características da população (Fortin, 2003).

Na investigação fenomenológica, o investigador evita, no início do processo, considerar os conhecimentos que possui sobre o fenómeno. No início da investigação, quanto menos ideias/concepções o investigador possui, menor a probabilidade dos seus preconceitos a influenciarem. É através da linguagem que, neste tipo de investigação, se descreve, analisa e interpreta os fenómenos tal como são vividos, sendo a entrevista um condutor de informação que permite explorar o mundo vivido das participantes. A informação foi colhida por entrevista em profundidade e pela observação directa das participantes.

“A entrevista permite entrar no mundo da outra pessoa e é uma excelente fonte de dados” (Streubert, 2002: 67), em que a participação rigorosa no processo da entrevista vai aumentar o rigor, a confiança e a autenticidade dos dados. É um encontro entre duas pessoas, com o objectivo de uma delas obter informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social para a colheita de dados ou para ajudar no diagnóstico ou no tratamento de um problema social.

Fortin (2003), reforça a ideia dizendo que é um método particular de comunicação verbal, estabelecida entre o investigador e as participantes, tendo como finalidade recolher dados relativos às questões de investigação formuladas.

Neste caso, no estudo fenomenológico, a estratégia utilizada para a colheita de dados foi a entrevista que procura ser o mais aberta possível, que tem uma questão ampla, em que a participante pode desenvolver a sua ideia e prosseguir a conversa, possibilitando às participantes explicarem a sua experiência sobre o fenómeno de interesse.

Como refere Fortin (2003:247), na entrevista *“... a formulação e a sequência não são pré-determinadas, mas deixadas à livre disposição do entrevistador”*, permitindo que os dados colhidos sejam afirmações concretas sobre o assunto em estudo, sendo necessário um guião constituído pelas grandes linhas dos temas a abordar sem indicar a ordem ou a forma de colocar as questões.

Quivy (2005:80) diz que a entrevista *“visa levar o interlocutor a exprimir a sua vivência, ou a percepção que tem do problema que interessa ao investigador”*.

Todos estes autores referem que o essencial deste tipo de entrevista é colher dados importantes para o estudo em questão, de forma a permitir uma melhoria de cuidados. A colheita deve encontrar dados que *“reflectem com exactidão as experiências e os pontos de vista dos participantes, mais do que as percepções do pesquisador”* (Polit, 2006:57). As entrevistas devem ser realizadas quando e onde for mais confortável para os participantes.

Elaborou-se um guião de orientação das entrevistas (anexo I), em que as perguntas podiam ser respondidas dentro de uma conversação informal. Os investigadores devem centrar-se nas respostas, ouvir atentamente e evitar interrogar os participantes, tratando-os com respeito e sinceridade face à experiência partilhada, *“...permite os investigadores seguirem o raciocínio dos participantes, fazerem perguntas clarificadoras e facilitar a expressão das experiências vividas pelos participantes”* (Streubert, 2002: 67). As entrevistas geralmente terminam quando se acredita que se chegou à exaustão das descrições.

O objectivo da entrevista fenomenológica centra-se na exploração da experiência vivida. É diferente de outros tipos de entrevista e vai além de um mero desenrolar de perguntas e respostas, devendo existir uma relação entre o participante e o entrevistador para que se faça uso da reflexão, da clarificação, do pedido de exemplos e descrições, mostrando um interesse profundo pela história do outro (Loureiro, 2006).

Fomos identificando progressivamente as mulheres que pretendíamos para o nosso estudo, baseando-nos na selecção das participantes. Num primeiro momento, efectuámos um primeiro contacto pessoal durante o seu internamento no serviço de Obstetrícia no Centro Hospitalar do Porto. Fizemos uma apresentação sumária, a nossa identificação, apresentação dos objectivos do estudo, as finalidades, o motivo de realização das entrevistas, e definição do local para a realização das mesmas. Houve a necessidade de autorização para a gravação das entrevistas e a garantia de anonimato e confidencialidade através da utilização de códigos na transcrição, utilizando letras seguidas de numeração. Foi, também, assegurada a destruição da gravação no final da análise dos dados, garantindo o anonimato. Informámos da não obrigatoriedade de participar no estudo e, até mesmo, a de não responder a todas as questões.

Foram realizadas onze entrevistas que tiveram uma duração aproximada de 30 minutos, dependendo da facilidade das participantes exprimirem as suas vivências, que foram realizadas durante o primeiro mês, após a realização da interrupção da gravidez.

Tivemos grande participação no nosso estudo, em que todas as mulheres aceitaram participar. Num segundo momento, procedemos à realização da entrevista. Esta foi realizada no local escolhido pelas participantes: no hospital, na sua residência, etc., local com privacidade e isento de ruídos e interrupções, para possibilitar o desenrolar da entrevista da melhor forma possível.

Foi entregue o pedido de consentimento informado e fornecidas todas as explicações e esclarecimentos. Após o consentimento iniciámos a colheita de dados, efectuada em suporte informático, gravação em fita magnética, de forma a captar toda a informação transmitida e poder ouvi-la várias vezes para aprofundar a sua análise. O gravador utilizado foi de tamanho reduzido, com poder de captação, colocado a uma certa distância da participante para não a perturbar e não o ver constantemente, para que não houvesse qualquer constrangimento na transmissão das suas vivências.

Os investigadores devem ajudar os participantes a descrever as suas vivências, sem liderarem a conversa mas seguirem o raciocínio destes. Devem efectuar perguntas clarificadoras de modo a facilitar a expressão da experiência vivida (Streubert, 2002), utilizar uma linguagem sem muita terminologia científica, criar uma atmosfera facilitadora, manter uma atitude empática e demonstrar sensibilidade pela vulnerabilidade das participantes em reviver experiências difíceis.

Após a realização de cada entrevista, procurámos transcrevê-la o mais perto possível da sua realização de forma a termos presente o contexto da mesma para que caso fosse necessário pudéssemos efectuar uma segunda entrevista para esclarecimento de algum conteúdo. Neste caso, não houve necessidade de efectuar segunda entrevista.

3.3 – ASPECTOS FORMAIS E ÉTICOS NA RECOLHA DE INFORMAÇÃO

A investigação qualitativa deve ter em conta considerações éticas e morais na recolha de informação, as quais vamos procurar respeitar ao longo da nossa investigação.

Realizar um estudo de investigação “...*implica a responsabilidade pessoal e profissional de assegurar que o desenho dos estudos quantitativos ou qualitativos sejam sólidos do ponto de vista ético e moral*” (Streubert, 2002: 37). Esta responsabilidade deve estar

implícita em todos os trabalhos de investigação que envolvam seres humanos. É fundamental que os direitos humanos sejam respeitados, tendo uma postura profissional responsável.

Os três principais princípios éticos a salvaguardar segundo Queiroz (2007) são: beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça. É respeitando estes três princípios que o investigador garante ou pode garantir aos participantes envolvidos o respeito pelos seus direitos.

Princípio da beneficência – engloba três aspectos: isenção de dano, isenção de exploração e relação risco/benefício. Na isenção de dano, o investigador deve estar atento e interromper o estudo a qualquer momento caso suspeite que a continuação do estudo cause danos físicos, psicológicos, económicos e sociais para os participantes. Na isenção de exploração é garantida a confidencialidade de toda a informação colhida em relação aos participantes, a informação não pode ser utilizada contra eles e devem omitir-se as características que possam identificar os participantes. Na relação risco/benefício o estudo a médio/longo prazo deve trazer benefícios, sendo desta forma necessário ponderar os riscos e os benefícios da investigação.

Princípio do respeito pela dignidade humana – inclui a auto-determinação e o direito à revelação completa. O primeiro confere o direito a qualquer participante de decidir voluntariamente se quer ou não participar no estudo, podendo a qualquer momento desistir da sua participação e negar-se a dar informações. O participante tem o direito à revelação completa, o ser informado e esclarecido acerca do estudo, podendo recusar-se a participar e até mesmo desistir.

Faz, também, parte deste princípio o consentimento informado que salvaguarda ao participante o poder optar livremente de participar ou não no estudo. Este, deve ser obtido por escrito após uma exaustiva explicação clara e descodificada de todas as fases do processo de investigação, de forma que possa decidir livremente se quer participar.

O consentimento informado para ser legal deve ser obtido de forma livre e esclarecida, como refere Freixo (2009:181), “*o consentimento é livre se é dado sem que nenhuma ameaça, promessa ou pressão seja exercida sobre a pessoa e quando esta esteja na plena posse das suas faculdades mentais... para ser esclarecido, de ocorrer, igualmente no termo da lei, ao direito à informação*”. O consentimento é um documento que deve ser guardado pelo prazo de cinco anos.

Além do consentimento informado também é necessário um pedido de autorização para efectuar o estudo na instituição à qual os participantes pertencem e um pedido de autorização, quando necessário, para a consulta de arquivos ou processos relativos aos participantes.

Princípio da justiça – tem em conta o direito ao tratamento justo e o direito à privacidade. O tratamento justo refere-se a que a selecção dos participantes não deve ser discriminatória, permitir ao participante o esclarecimento de dúvidas, sensibilização e respeito pelas suas crenças, cultura, hábitos e estilos de vida. O direito à privacidade deve garantir que a investigação não seja invasiva e que, ao longo de todo o trabalho, seja mantida a privacidade dos participantes. O direito à privacidade implica a confidencialidade e o anonimato. Streubert (2002:43) refere que o compromisso de confidencialidade “*é uma garantia de que qualquer informação que o informante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não as envolvidas na investigação*”. O anonimato ocorre quando nem o próprio investigador consegue relacionar os dados com os participantes.

Na realização deste estudo de investigação procurámos respeitar e atender a todos estes princípios éticos: tratámos todas as participantes com todo o respeito e dignidade que mereciam e foi fornecida toda a informação acerca do estudo podendo livremente optarem pela participação ou não. Facultámos os nossos contactos pessoais, para que em qualquer fase do processo pudessem ser esclarecidas dúvidas e pudessem desistir do estudo se assim o desejassem. Foi elaborado um documento para o consentimento informado (anexo II), entregue às participantes para assinarem. Explicámos o que pretendíamos com o trabalho: que havia a necessidade de as entrevistas serem gravadas em registo áudio, destinadas exclusivamente ao mesmo e que seriam destruídas após a apresentação do trabalho de modo a manter o anonimato e a confidencialidade. O consentimento informado e o guião da entrevista, acompanhou as respectivas autorizações à comissão de ética do hospital e aos Conselhos de Administração da Instituição Hospitalar envolvida, após contacto prévio com o Exmo. Sr. Director do Hospital e Exmo. Sr. Enfermeiro Director (anexo III).

As entrevistas ocorreram fora do horário laboral do investigador e em local que possibilitasse a privacidade e confidencialidade da mesma, evitando intromissões de terceiros. Procurou-se que as participantes falassem livremente, interferindo apenas para encaminhar a entrevista na direcção dos objectivos, tendo sempre presente as suas crenças, cultura, estilos de vida, etc.

É o enquadramento ético que dá à investigação científica a imprescindível dimensão humana. A enfermagem é uma ciência social, tal como refere Vieira (2007:80) “o ser humano esteve desde sempre no centro da atenção dos enfermeiros”, é necessário ter sempre em conta os princípios éticos em estudos que envolvam seres humanos, como no caso da enfermagem.

É importante que o investigador esteja sensível e consciente de que outras considerações éticas possam surgir no decorrer da investigação e que não tenham sido previstas e esperadas.

3.4 – CRITÉRIOS DE RIGOR CIENTÍFICO

A investigação científica deve obedecer a critérios de rigor científico. Na investigação qualitativa foram-se estabelecendo princípios que permitam atribuir valor metodológico. Definiram-se critérios equivalentes aos da validade e de fidelidade dos estudos da natureza qualitativa e utilizaram-se terminologias próximas mas específicas (Loureiro, 2006).

A abordagem fenomenológica insere-se numa área particular da investigação qualitativa. Pretende ser rigorosa e objectiva, pelo que todo o percurso deve ser validado. As amostras devem ser representativas do fenómeno em estudo. É atribuído valor à experiência das participantes e o número de participantes é adequado quando se atinge a saturação da informação.

Na investigação qualitativa segundo Loureiro (2006) estabelecem-se critérios de rigor científico:

A credibilidade - no método fenomenológico procura-se a realidade tal como é vivida pelas participantes, pesquisando-se uma realidade complexa, multifacetada, da qual só nos poderemos apropriar pela riqueza de informação fornecida pelas mesmas, correspondendo à questão da precisão dos nossos achados. A credibilidade depende não só da riqueza da informação colhida mas também das capacidades analíticas do investigador, em que o enfoque é conhecer as realidades tal como são vividas e a interpretação do investigador. Neste método ocorre, por vezes, a triangulação, um método de verificação de achados, utilizando várias fontes ou vários investigadores.

A transferibilidade – designada também por validade externa. Refere-se à capacidade de generalização dos achados. Este processo é facilitado pela amostragem intencional onde os participantes relatam na primeira pessoa as suas experiências e pela descrição profunda e rica desses relatos. Implica uma recolha detalhada e atenta das descrições emergidas no encontro entre participantes e investigadores. Embora o investigador não possa especificar a transferibilidade dos achados poderá fornecer informações que poderão ser usadas pelo leitor do estudo e poderá, então, verificar se os achados se aplicam a uma nova situação.

A confirmabilidade – tem em conta, um conjunto de etapas que permite que os resultados sejam o produto do foco da investigação e passa por processo de auditoria ao próprio método de investigação. Consiste em verificar a informação e a documentação detalhada do processo, de forma a assegurar que outros investigadores sejam capazes de seguir o percurso de investigação e chegar a conclusões semelhantes. Uma das formas de obter essa confirmabilidade é a existência de um percurso apropriado que permita a um auditor devidamente treinado determinar se as descrições, interpretações e recomendações podem ser localizadas até à sua fonte (Loureiro, 2006).

No nosso estudo, procurámos ter em conta os critérios de rigor científico, no âmbito da abordagem fenomenológica. A credibilidade foi tida em conta mediante a utilização de entrevistas semi-estruturadas no processo de recolha de informação. Foram elaboradas questões abertas utilizando a reflexão, a clarificação e exemplos das descrições. Desta forma fez-se uma recolha em profundidade do relato das experiências vividas pelas participantes. Na transferibilidade utilizámos uma amostra intencional na selecção das participantes, procurando aquelas que vivenciaram o mesmo fenómeno e eram capazes de o comunicar. Relativamente à confirmabilidade, todo o processo de investigação foi estruturado e documentado, permitindo a um auditor avaliar todo o processo até à sua origem e possibilitando-o de verificar a informação em bruto.

3.5 – PROCESSO DE ANÁLISE DE INFORMAÇÃO

Quando a colheita de dados começa inicia-se igualmente a análise de dados. A partir do momento em que os investigadores começam a ouvir as descrições de um determinado fenómeno, a análise vai ocorrendo. Como refere Streubert (2002:69) “*a seguir à colheita*

de dados e à transcrição do verbatim, os investigadores, para assegurarem o rigor, devem ouvir as gravações enquanto lêem as descrições". Esta etapa ajuda a familiarizar os dados e a emergi-los no fenómeno em estudo.

A análise dos dados é um processo contínuo e ocorre em simultâneo com a colheita de dados, a análise começa quando a colheita de dados se inicia. À medida que se efectuam as entrevistas, os investigadores revêem os registos de forma a descobrirem perguntas adicionais ou aspectos que necessitem um melhor esclarecimento (Streubert, 2002).

A análise dos dados ocorre de forma simultânea, num constante processo de descobertas. Após análise, efectuada ao longo da realização das entrevistas, ocorre um período de reflexão. Durante este período, os investigadores questionam as conclusões prévias de forma a esclarecer o que descobriram no decorrer do contexto. O período da análise dos dados requer muito tempo e disponibilidade por parte do investigador. Após este processo, os dados são organizados para uma melhor compreensão.

Após várias leituras flutuantes das narrativas ou entrevistas ocorre a análise dos dados propriamente dita, o procurar a essência do fenómeno numa tentativa de o aproximar. Streubert (2002:69) afirma que "*...à medida que os investigadores se tornam imersos nos dados, podem identificar e extrair declarações significativas ...*", formar as unidades de significação, identificar como os temas centrais emergem e se relacionam uns com os outros. A descrição final deve ser exaustiva e compreensiva.

Na abordagem fenomenológica, após análise dos dados ocorre a revisão da literatura. Os investigadores revêem a literatura e colocam os resultados dentro do contexto já conhecido sobre o assunto. A revisão da literatura é efectuada após a análise dos dados de forma a ter uma descrição pura do fenómeno em investigação pois quanto menos ideias pré-concebidas se tiverem, menos influências vão existir sobre a investigação.

Após a transcrição das entrevistas, (o mais próximo possível da altura da sua realização, para ter presente todo o contexto), procedemos à análise dos dados tendo em conta os princípios enumerados por Van Manen (1997) – método fenomenológico hermenêutico, tenta-se descobrir o que Van designou por temas fenomenológicos ou estruturas de significado, de forma a conseguir uma descrição plena das experiência vivida.

A identificação dos temas foi enquadrada nas orientações propostas por Van Manen, referida em capítulo anterior. Segundo Van Manen (1997) são necessários três tipos de abordagem para isolar num texto os aspectos temáticos mais ocultos:

- A abordagem holística ou sentenciosa - ver um texto como um todo, procurando a frase que possui o sentido fundamental do texto;
- A abordagem selectiva - ler o texto várias vezes, procurando as frases que revelam o fenómeno;
- A abordagem detalhada ou linha a linha - olhar cada frase ou conjunto de frases procurando entender o que cada uma delas revela acerca do fenómeno ou experiência descrita.

Durante o processo de análise, tentámos implementar as abordagens descritas por Van Manen nunca esquecendo a questão de partida e os resultados obtidos, apresentados no capítulo seguinte.

PARTE III: DESCRIÇÃO E INTERPRETAÇÃO DO FENÓMENO EM ESTUDO

1. ANÁLISE TEMÁTICA INTERPRETATIVA E COMPREENSIVA DOS DADOS

Após a recolha de dados e através da leitura das entrevistas das mulheres que realizaram interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, iniciámos a nossa reflexão fenomenológica, procurando interpretar e compreender o fenómeno em estudo.

Com a leitura das entrevistas procurámos identificar temas de interesse ou temas essenciais que caracterizavam o fenómeno e descrevemo-lo através da arte de escrever e reescrever (Van Manen). Começámos a colocá-los por palavras nossas e descrevemos o que foi dito nas entrevistas. Transcrevemos para o papel as gravações e lemos cuidadosamente essas transcrições. Efectuámos anotações nas margens dos vários temas que se salientavam, ou seja, passámos por aquilo que Van Man (1997) designou de análise selectiva. Depois, passámos para uma análise mais pormenorizada em que tentámos extrair de cada entrevista as frases que mais se aproximam do fenómeno em estudo para chegarmos depois a uma análise mais aprofundada e pormenorizada, segundo Van Man, a análise detalhada.

A identificação dos temas foi efectuada segundo as orientações propostas por Van Manen. A partir destes temas que emergiram das participantes foram identificadas três categorias temáticas ou agrupamentos de temas, estabelecidas para organizar o pensamento, estruturar uma linha narrativa e criar um texto interpretativo. Através da análise temática procurámos interpretar e compreender as vivências das mulheres que realizam interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais.

Ao longo deste capítulo, sempre que efectuarmos transcrições de testemunhos das informantes, optamos por designar cada uma por um símbolo, o qual corresponderá à letra M (mulher) e a um número, como por exemplo, M1 que, neste caso se refere à primeira mulher que foi entrevistada. De forma, a facilitar a compreensão das vivências de cada mulher, respeitando ao mesmo tempo o seu anonimato.

Caracterização das participantes

Realizámos um total de onze entrevistas, de forma a melhor descrever o fenómeno em estudo e elaborámos um quadro síntese, com o intuito de retratar o perfil das participantes seleccionadas.

Participantes	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Profissão	Idade Gestacional	Nº Gravidezes	Nº Filhos	Gravidez Planeada	Duração (minutos)
M 1	37	Casada	Licenciatura	Psicologa	23	2	1	Sim	25
M 2	34	Casada	Bacharelato	Gestora de Marketing	17	2	1	Sim	25
M 3	37	Casada	Licenciatura	Engenheira Florestal	16	2	1	Sim	40
M 4	35	Casada	9º ano	Empregada de Balcão	16	2	1	Sim	24
M 5	36	Solteira	10º ano	Empresária	15	2	0	Não	37
M 6	34	Casada	Bacharelato	Bancária	14	4	1	Sim	22
M 7	16	Solteira	10º ano	Estudante	24	1	0	Não	20
M 8	34	Casada	12º ano	Empregada de Escritório	22	2	1	Sim	55
M 9	22	União de facto	8º ano	Desempregada	22	1	0	Sim	30
M 10	30	Divorciada	12º ano	Coordenadora Comercial	23	2	0	Não	26
M 11	24	Casada	8º ano	Doméstica	22	1	0	Não	25

Quadro 1: Caracterização das participantes

Através da análise das entrevistas emergiram três categorias temáticas, cada uma delas dividida em vários temas.

1.1. DIAGNÓSTICO DE MALFORMAÇÃO FETAL

A primeira categoria temática identificada foi: **“Diagnóstico de malformação fetal”**, que subdividimos em quatro temas:

➤ **Sentimentos experienciados perante o diagnóstico de malformação fetal**

Os avanços científicos e tecnológicos possibilitam um conhecimento mais amplo da vida intra-uterina, permitem que a gravidez seja vigiada adequadamente e que anomalias no desenvolvimento do feto sejam detectadas, ou seja, o diagnóstico preciso de uma ampla gama de anomalias fetais, inclusive aquelas incompatíveis com a vida (Costa, 2006). A detecção de malformações fetais é possibilitada através do rastreio bioquímico, de exame ecográfico, de exame do líquido amniótico (amniocentese), colheita de vilosidades coriônicas e da cordocentese (Lowdermilk, 2002). Como se verifica no relato das entrevistas, as mulheres/casal foram colocadas perante um diagnóstico de malformação fetal através da realização de exames:

“O rastreio bioquímico deu positivo e através da amniocentese às 13 semanas soube o resultado (...), todos os exames que se fazem na gravidez leva a que sejam descobertos problemas nos bebés que se calhar antes nem existiam (...).” (M2)

“(...) resolvemos aguardar pela amniocentese, com a esperança que o Hígroma tivesse diminuído alguma coisa (...).” (M4)

“Tive que realizar a amniocentese para confirmar o diagnóstico do meu bebé.” (M5)

“Ao realizar a ecografia o bebé exteriormente estava bem, ouvi os batimentos cardíacos e soube que era rapaz, e não quis saber mais nada, porque se vou ter que tomar uma decisão, vai-me custar imenso se souber mais coisas.” (M6)

“Fiz a amniocentese porque tinha que fazer, não estava à espera de um resultado destes, em princípio estava tudo bem.” (M8)

“Na ecografia do segundo trimestre o médico achou que algo não estava bem, disse que o nosso bebé não estava bem e tinha um problema grave.” (M11)

A ansiedade/angústia e o medo constituem factores stressantes, que podem estar associados à realização dos exames e obtenção dos próprios resultados, como é referido:

“Estive uma semana muito ansiosa à espera do resultado da amniocentese, à espera que se confirma-se que era trissomia 18 (...) depois de passar essa semana toda angustiada, fiquei contente naquele dia a pensar que ainda havia alguma esperança para o bebé.” (M1)

“Fiquei logo desde as 12 semanas em completo pânico e a viver numa ansiedade louca. Vivi num stress muito grande até realizar a amniocentese (...) o pior para mim foi quando soube e o tempo de espera, uma pessoa fica ansiosa mas sempre à espera que não seja nada, que esteja tudo bem (...) não conseguia estar muito tempo num sítio, não conseguia estar em lado nenhum, tinha que arejar. Não conseguia estar em casa porque só pensava nisso (...) tive que esperar mais de 10 dias para confirmar o resultado, esse período é horrível, vive-se numa ansiedade louca (...) quando soube apesar do resultado ser positivo, eu fiquei aliviada (...) porque não aguentava mais a espera (...) o tempo de espera, foi horrível” (M2)

“O período de espera do resultado da amniocentese, não o desejo a ninguém (...) vivi na sexta-feira um pânico total, andava com o telemóvel sempre comigo. Cada vez que o telemóvel tocava o meu coração saltava, pensava que fosse do hospital (...) ficava aflita, já estava uma semana a viver em pânico, e com medo do resultado (...) não queria estar mais tempo à espera que me dessem o resultado (...) vivi um stress muito grande.” (M3)

“Passei dias horríveis (...) porque diziam que o resultado da amniocentese saia num dia e não foi bem assim, e esse tempo de espera foi horrível. Acho que estas coisas deviam ser mais rápidas, mais concretas. Se vai correr mal, vai correr mal, mas agora esperar um dia depois mais outro sem saber nada. Tinha que tomar comprimidos para dormir.” (M5)

“ O período de espera foi terrível, saber que ia tirar o bebé, essa semana de espera foi terrível, é complicado e difícil, tudo isto.” (M6)

“ A espera pelos resultados, é uma sensação aterrorizadora. (...)”. (M7)

“Aqueles dias foram, terríveis para mim.” (M8)

“Enquanto estive à espera do resultado, foi muito doloroso e cria uma grande ansiedade (...).” (M10)

Gomes (2005), afirma ainda que, quando se realizam exames no diagnóstico pré-natal, por exemplo a amniocentese, deve explicar-se à mulher/casal os riscos e o tempo de espera pelos resultados. Desta forma, diminuiu-se e minimiza-se a ansiedade e angústia destes exames. Todos estes factores, procedimento do exame, o tempo de espera e o resultado, causam ansiedade, tensão e medo. Tal com foi referido nas entrevistas, todos os procedimentos referidos, tornam-se factores stressantes para o casal.

Rolim e Canavarro (2006), referem que o primeiro impacto da notícia de uma malformação fetal gera choque e determina a sucessão das fases do luto. Segundo estas autoras, a fase de choque e negação no processo de luto, caracteriza-se pelo não acreditar no que está a acontecer. A pessoa sente-se perdida, só e em apatia e ocorre, em média, durante catorze dias. O choque surge com o impacto da notícia e/ou confirmação da malformação fetal, como se a vida não voltasse a ser normal. A primeira reacção constitui uma verdadeira “paralisia” emocional, seguida de ideias como “isto não pode estar a acontecer”, etc. Ocorrem sentimentos de incapacidade de lidar com a situação e, até mesmo, de não ser capaz de sobreviver com ela. Este aspecto é fundamentado através das entrevistas:

“Quando soube fiquei em estado de choque completo (...). Não estava nada à espera que acontecesse alguma coisa nesta gravidez.” (M1)

“O pior choque foi a possibilidade de abortar, quando o rastreio deu positivo. Foi a pior parte até agora. Não estava à espera, nunca pensei que me pudesse acontecer (chorou) (...)” (M2)

“Na altura que soube não queria acreditar, foi um choque imenso (...) partilhei a notícia com o meu namorado.” (M5)

“É claro que nesse dia parecia que tudo desabou, fartei-me de chorar todo o dia, (...), foi um choque muito grande, não estava minimamente a contar com o resultado (...)” (M8)

“(...) para mim isto foi um choque” (M9)

“(...) quando soube foi um desabar do mundo completo (...) eu fiquei arrasada com a notícia e em estado de choque.” (M10)

“Quando o médico disse aquilo eu não queria acreditar, foi um choque tremendo, eu não queria acreditar no que estava a acontecer (...) fui para casa nesse dia com o meu marido, mas eu quis ficar sozinha, precisava pensar no que me estava a acontecer e no que fazer. Nessa noite não consegui dormir, pela dúvida do que fazer, tudo isto foi um choque e uma surpresa para mim.” (M11)

Depois, ocorre a negação/recusa, a dúvida do que está a acontecer. Como afirmam Rolim e Canavarro (2006), a realidade da existência de um feto com malformações é difícil de encarar. O não aceitar e acreditar no que está a acontecer ou que existe um erro no diagnóstico leva, por vezes, o casal a recorrer a outros profissionais com a esperança de alterar o diagnóstico:

“(...) a dúvida esteve sempre presente se não se teriam enganado (...) o dia seguinte eu e o meu marido decidimos, que seria bom fazer mais uma ecografia morfológica (...) não sabíamos exactamente o que se estava a passar.” (M1)

“A pessoa tem sempre a esperança que possa estar tudo bem, que se possam ter

enganado no diagnóstico do meu bebé” (M2)

“Fica a dúvida se realmente o medico está certo do que está a dizer (...) pensar que os médicos podem estar errados, que pode haver um engano no diagnóstico, duvidar do que a outra pessoa está a dizer.” (M3)

“É muito difícil, temos sempre esperança que esteja tudo bem, depois é difícil aceitar” (M4)

“Fica a dúvida se o médico está certo, eu fico a pensar que eles podem estar errados, que pode haver um engano. Embora não perceba nada de medicina, se fosse eu a ver os papéis era eu a interpretar, assim não eu tenho que me sujeitar ao que outra pessoa está a dizer, e eu estou a duvidar da palavra dessa pessoa.” (M5)

“(...) fica a dúvida que se podiam ter enganado e poderia nascer bem, mas arriscar é muito complicado.” (M6)

“Fui a vários médicos saber outras opiniões sobre a doença (...) falei com outros médicos, com outras pessoas, pesquisei na internet sobre a doença e foi quando fiquei pior. Tive o cuidado de ir saber o que era, mas tudo o que li era igual então pior fiquei ainda mais descontrolada, mas em baixo.” (M8)

“(...) eu fiquei com raiva(...) nem dá para acreditar, até se dúvida do que nos dizem, é tudo tão estranho.” (M11)

Ao longo das entrevistas, outros sentimentos são referidos pelas mulheres: tristeza, raiva, revolta, dor e frustração. Tristeza e dor pela perda do bebé sonhado; raiva, revolta e frustração contra elas próprias, por não terem sido capazes de conceber um bebé normal ou para quem está à sua volta: companheiro/família/amigos/médicos. Esta culpabilização do outro é uma forma de se libertarem da sua própria culpa. É fundamental explicar que estes sentimentos são naturais e que a melhor forma de lidar com eles é tomar consciência de que eles existem. Esta tomada de consciência, é o início da adaptação psíquica de todo este processo (Antunes, 2007):

“Nessa altura fiquei muito triste outra vez.” (M1)

“Sinto tristeza, sinto-me triste (...)” (M2)

“Sinto-me revoltada e uma tristeza enorme de me ter acontecido isto a mim (...) é injusto, passar por isto quando se quer tanto um filho.” (M5)

“A notícia caiu-me pessimamente, eu fiquei muito triste, repeti novamente os exames e os valores aumentaram novamente.” (M6)

“(...) foi demasiado angustiante e triste e era muito pesado para mim.” (M9)

“(...) estou zangada com todos (...) não sei de quem é a culpa, nem quero saber, mas é uma revolta muito grande.” (M10)

“(...) foi uma confusão na minha cabeça (...) senti revolta contra tudo e todos (...) chorei,

ralhei com o meu marido (...) foi uma forma de deitar fora os meus sentimentos.” (M11)

➤ **Processo de tomada de decisão de interrupção da gravidez**

Setúbal (2006), salienta que cabe à grávida/casal a decisão sobre o destino da sua gestação. A equipa de saúde tem o dever de orientá-la e de promover condições para que o diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, fornecendo as informações necessárias para esclarecer eventuais dúvidas da grávida/casal, sem contudo, induzi-la à interrupção ou à manutenção da gravidez. Deve ser proporcionada liberdade de escolha à grávida/casal:

“O medico deu o seu parecer e disse qual a opção que tínhamos e o porque da necessidade da interrupção da gravidez.”

“(...) fiquei no dia seguinte a ler coisas sobre o problema do meu bebé (...) fui falando com outros médicos, para saber se poderia haver outras soluções (...) colocamos questões ao medico e ele respondeu e esclareceu-nos, foi muito realista no cenário que nos colocou.” (M1)

“Embora não pedisse opinião do que devia fazer, aconselharam-me e disseram-me o que era a doença e suas características.” (M3)

“O médico disse-nos que tínhamos que tomar uma decisão, e explicou-nos que o nosso bebe não tinha garantias que nascesse vivo e que conseguisse sobreviver.” (M6)

“Fui encaminhada de seguida para uma consulta de aconselhamento genético, uma semana depois, fomos confrontados com as características da doença em si.” (M8)

“(...) disseram-me que o bebé não tinha possibilidade de vida e que tinha que tomar uma decisão(...)” (M9)

“O médico disse que tinha que pensar e tomar uma decisão, eu e o meu marido, acerca da interrupção da gravidez (...) disse que o meu bebé não estava bem e que tinha um problema grave, e explicaram-nos as hipóteses que tínhamos.” (M11)

Costa (2006) refere que quando os casais se vêem perante uma gravidez na qual existe uma anomalia fetal incompatível com a vida, enfrentam a difícil decisão de interrompê-la ou não, “*essa decisão é individual, única e relacionada com a história de vida de cada mulher e no momento da descoberta da patologia*” (Setúbal, 2006:14). Os pais debatem-se com a dúvida, a indecisão e os conflitos morais e éticos, antes e, mesmo depois, de decidirem. É um processo de tomada de decisão que gera sofrimento e impotência perante a situação (Rolim e Canavarro, 2006):

“(...) num espaço de mais ou menos três dias eu decidi, decidi interromper a gravidez (...)

seria a melhor solução, o que me custou muito foi a decisão.” (M1)

“ No início a indecisão é terrível, até não decidir o que fazer (...)” (M2)

“Quando soube fui passar o dia ao pé do mar. Porque não sabia o que havia de fazer (...) eu fiquei muito triste e meia indecisa. Ainda pus outras hipóteses. Não decidi nesse dia, “ (...) estava muito confusa no interromper da gravidez. Mas é muito complicado.” (M3)

“(...) decidimos fazer o aborto porque cada vez que o bebe estava maior, cada vez seria mais difícil (...) toda a gente todos os médicos disseram que era a decisão mais acertada. Nós também achamos que era a decisão certa, o pior foi depois conviver com a decisão. É complicado porque se tivesse falecido um filho, tinha um sítio para ir chorar, mas assim não temos nada, é muito complicado (...) é a decisão em si, nós sabemos que é a decisão certa, porque só podemos tomar essa decisão (...) parte da razão sabe que faz o correcto, mas a parte emocional abdica de um filho, às vezes nem quero pensar nisso, eu tento ir só pela parte racional.” (M4)

“Agora tomar a decisão dói muito. A decisão é a pior parte, eu chorei muito em casa. Uma noite inteira sem conseguir parar de soluçar. A decisão é o pior, são decisões difíceis de tomar.” (M5)

“São decisões difíceis de tomar, muito dolorosas (...) eu sentia o bebe mexer, custou-me muito. Estava vivo, estava a crescer (...) teve de ser, embora foi uma decisão muito difícil (...) embora não me arrependa porque acho que foi a melhor decisão, a dúvida tenho-a todos os dias (chorou), a dúvida se será se fiz bem, ou se fiz mal, vai permanecer na minha cabeça, custou-me muito, muito (chorou)” (M6)

“Eu fiquei muito confusa, sem saber o que fazer (...) a decisão foi muito difícil.” (M7)

“Custou-me tomar a decisão que tomei. Quando comecei a tomar consciência de todos os problemas que o meu filho ia ter, inclinei-me logo para interrupção (...) acho que fiz o que era melhor, a melhor solução, mas não deixo de me sentir triste.” (M8)

“Nos abortos espontâneos acho que é mais fácil, é a própria natureza a actuar (...) mas ter que escolher fazer isso, apesar de se achar ou pensar que é o mais correcto é uma diferença enorme.” (M9)

“Porque sermos nós a dizer eu quero fazer, é difícil. O decidir, que no fundo não é uma decisão, acho que é pura burocracia (...) temos que decidir e que não há tempo para pensar (...) não sabia o que fazer (...) é uma decisão complicada de tomar.” (M10)

“Foi uma confusão na minha cabeça. Porque não sabia o que fazer, e eu chorei, ralhei com o meu marido que não tem culpa nenhuma (...).” (M11)

O processo de decisão do casal não é simples, na medida em que não existem muitas opções. Para o casal surgem algumas questões: o medo de causar sofrimento para o filho se este viesse a viver com severas anomalias; o efeito da decisão de assumir uma

criança deficiente sob os outros filhos; recursos financeiros; influência familiar; o efeito da decisão no vínculo do casal e nas crenças religiosas. Com todas estas variáveis, o processo nunca é simples (Carvalho, 2007):

“Não há culpados, mas não foi uma opção em que dissemos não posso ter este filho por um motivo que não queremos, mas é sim um problema da própria criança (...)” (M4)

“A decisão de interromper a gravidez é por um lado um acto de egoísmo, mas por outro lado é um acto de carinho por esta criança.” (M5)

“Eu acho que não tenho o direito de colocar um filho ao mundo sabendo que vai ter muitas dificuldades (...) é desonesto com ele, é cruel” (M7)

“E eu aceitei, era melhor, não ia trazer assim uma criança ao mundo.” (M9)

“(...) não posso ter uma criança deficiente, sem qualidade de vida (...) não é justo (...)” (M10)

“E tenho que decidir o que fazer, se interrompo a gravidez, vou ter que tirar o bebé que se mexe dentro de mim. Ele está vivo, já é uma parte dentro de mim e tira-lo é como tirar um pedaço de mim. Mas por outro lado se não interrompo a gravidez, ele nasce e que qualidade de vida vai ter?” (M11)

Nas situações em que a interrupção electiva da gravidez é necessária, o casal que opta pela interrupção vivencia um sentimento de culpa mesmo quando está seguro e consciente da sua decisão. (Cabral e Leal, 2005):

“Mas mesmo assim eu fiquei com algum sentimento de culpa, porque é aquela ideia romântica de ser mãe e tentar tudo por tudo (...) até a altura do internamento a dúvida esteve sempre presente.” (M1)

“Isto para mim é como se estivesse a matar uma vida.” (M3)

“(...) fiquei com muitas duvidas, se o que estava a fazer era o melhor, porque embora ache que tinha que ser, não deixo de ter o sentimento de culpa.” (M7)

“(...) embora ache que o que fiz era a melhor solução, não deixo de me sentir triste, e com um sentimento de culpa.” (M8)

“(...) uma pessoa acaba por pensar que pode estar a cometer um acto egoísta, as pessoas podem por em causa se eu pensei mais em mim ou no bebé (...) este processo é horrível, no fundo somos nós que decidimos. O coração do bebé bate mas dizem-nos que tem problemas graves, sendo a melhor solução a interrupção (...) tudo isto é uma situação muito ingrata e difícil de decidir, o que leva a que sinta culpa, por tudo isto.” (M10)

Costa (2006) salienta o facto de que a solicitação e obtenção da autorização judicial para interromper a gravidez são difíceis, tanto emocional quanto burocraticamente. As

mulheres sentem-se humilhadas por serem obrigadas a necessitar de consentimento legal num período tão doloroso, de terem de enfrentar perguntas quanto ao seu direito de decisão relativamente às suas vidas e gravidez e de necessitarem assinar um consentimento informado para permitir realizar algo que, no fundo, elas não queriam realizar.

A autorização judicial passa pela comissão de ética do hospital, que decide se autoriza ou não a realização da interrupção e, só depois, se passa para os outros procedimentos:

“Eu e o meu marido, termos que assinar aquele papel (...) é muito difícil.” (M2)

“Passados quinze dias disse a minha decisão, que era a mesma do meu marido e depois foi submetida à comissão do hospital.” (M5)

“A minha mãe teve que assinar a autorização (...) mas eu não queria assinar (...) eu já senti-a o bebé dentro de mim, já imaginava como ele seria. E também queria primeiro falar com o pai do bebé, mas não consegui.” (M7)

“Foi muito mau. Assinar aqueles termos de responsabilidade é como assinar a morte dele, é muito complicado.” (M9)

➤ **Processo de vinculação**

Setúbal (2006), refere que as expectativas da mulher grávida, relativamente ao seu novo papel de mãe, podem induzir fantasias quanto à sua definição de maternidade e afectar o seu estado emocional. Segundo Mendes (2002) a gravidez é uma experiência de mudança e renovação, enriquecimento e desafio.

A transição para a maternidade implica que a mulher adquira novas e importantes competências, através da resolução de um conjunto específico de tarefas desenvolvimentais (Silva, 2005). A tarefa 1 é aceitar a gravidez, reconhecê-la e aceitar a sua realidade. Quando a gravidez está confirmada e aceite, deve aceitar-se a realidade da concepção. É a tarefa mais importante do primeiro trimestre para a grávida e companheiro (Canavarro, 2006):

“Era uma gravidez muito desejada e foi aceite com muito carinho e amor.” (M3)

“Quando fiquei grávida ficamos muito contentes, o meu marido ficou muito contente. Nós estávamos entusiasmados.” (M4)

“Eu sempre quis muito ter um filho (...) quando se está grávida tem-se sentimentos que antes não se tinham. Uma pessoa está só mas sente-se acompanhada, anda na rua toda a gente está triste mas nós estamos felizes.” (M5)

“Agora esta gravidez recebia com muita felicidade, e poder voltar a ser mãe. Todas as notícias de que estou grávida são fantásticas (...) fiz o teste de gravidez e deu positivo, até pedi ao meu marido para confirmar.” (M6)

“Embora na altura não quisesse engravidar, depois quando soube que estava grávida fiquei muito feliz.” (M7)

“Estava a viver a minha gravidez com naturalidade, já estava tudo planeado até a data do nascimento, a vida planeada em função disso.” (M8)

“Estávamos a ligar-nos imenso a esta gravidez, a este bebé, que no início foi uma surpresa, agora era uma felicidade e alegria.” (M10)

“Não foi uma gravidez planeada, mas acabou por ser muito bem vinda (...) quando tive a notícia da gravidez foi realmente uma surpresa, fiz o teste e estava grávida. Mas depois até fiquei contente e comecei a gostar da ideia e o meu marido ficou muito feliz (...) apesar de acharmos não ser a altura certa, nós queríamos muito um filho. Acabamos por aceitar muito bem a gravidez e começamos a fazer planos. Algo que eu não esperava nessa altura, tornou-se algo maravilhoso.” (M11)

O processo de vinculação com o feto, tarefa 2, da transição para a maternidade é o aceitar a realidade do feto e está associada normalmente ao segundo trimestre da gravidez. Segundo Leal (2005) o bebé nasce no imaginário parental, muito antes da fecundação. A mãe vai-se identificar com o bebé, projectando-o como a parte boa que ela tanto desejou, idealizou para ela, a mãe idealiza o seu bebé e a sua relação com ele, preparando-lhe um espaço psicológico e físico e fantasiando os mínimos pormenores.

O vínculo entre a mãe e o filho intensifica-se com o decorrer da gravidez e, após a percepção dos primeiros movimentos fetais, a mulher considera-o como um filho com personalidade (Gomes, 2003). *“Aceitar os movimentos fetais é aceitar a realidade do bebé, imagem confirmada pela ecografia, o que permite adaptar o bebé imaginário ao real e desenvolver a vinculação”* (Bayle, 2006: 89). A partir das primeiras percepções dos movimentos fetais a diferenciação entre mãe e bebé pode ser estabelecida. Essa diferenciação, mãe-filho, traduz-se na aceitação do feto como entidade separada e como indivíduo distinto de si própria. Como se constata nas entrevistas, a realidade dos movimentos fetais e das ultrassonografias possibilita à mãe a percepção do seu bebé imaginado, aumentando o vínculo mãe-bebé (Ferrari, 2007):

“(...) sentia mexer o bebé, sentia-o dentro de mim. Acho que o vínculo é maior a partir do momento que se começa a sentir o bebé (...) antes disso vai-se criando um vínculo (...) mas não é a mesma coisa a partir do momento que o bebé começa a mexer, é tudo diferente. É quase como se estivesse a comunicar com ele (...) é mais para a mulher e

não tanto para o marido, porque apesar de tudo ele não sente o bebé no seu corpo, (...) é a mulher que sente a gravidez, que passa pela gravidez, ela sente o bebé dentro de si, a vida da mulher fica toda alterada, os seus hábitos são alterados (...) a mulher é que estabelece um vínculo mais forte, por mais que o pai esteja presente.” (M1)

“Quando a mulher está grávida é ela que sente as coisas, que sente o bebé dentro de nós(...)” (M2)

“Eu ia para o meu quarto e estava sozinha a ver televisão, mas sentia-me acompanhada, porque ele estava na minha barriga e já o sentia mexer dentro de mim (...), as mulheres é que sentem os bebés dentro delas, nós é que os sentimos cá dentro o nosso bebé mexer”. (M5)

“(...) eu sentia o bebé mexer, o que aumentou a minha ligação com ele”. (M6)

“Eu já senti-a o bebé dentro de mim, já imaginava como ele seria. Eu já sentia mexer muito o meu bebé. Já estava habituada à minha barriga, a sentir o meu bebé.” (M7)

“Eu já sentia mexer o bebé dentro de mim, uma semana antes. Mexia-se dentro de mim(...)” (M8)

“Eu já sentia mexer o meu bebé, senti-a que estava comigo (...)” (M9)

“Já imaginava o meu bebé, como seria o seu rosto, os seus olhinhos acerca (...), senti-lo mexer, foi uma sensação única, aí tive a consciência que estava grávida que estava ali o meu bebé, vivo dentro de mim. Já conversava com ele e o meu marido acariciava a minha barriga.” (M11)

Colman (1994) refere que existem determinadas condições que afectam fortemente a tarefa de aceitar a gravidez e o processo de vinculação com o feto, como neste caso específico, quando num casal é descoberto a existência de uma malformação fetal, existe uma recusa em aceitar a realidade da gravidez e, estas mulheres, não vão incorporar completamente a gravidez na sua vida pois, esta, tem de ser interrompida.

Costa (2006) salienta ainda o facto de que a confirmação de uma malformação fetal provoca quebras violentas e dramáticas nas expectativas e esperanças do casal, sentimentos assustadores, fantasias de incapacidade, morte e destruição. Dá-se o início de um período de luto pela perda de um bebé saudável e, novas expectativas têm de ser incorporadas na vida do casal. O próprio casal suspende a sua gravidez para não se ligar afectivamente ao seu bebé que vai acabar por perder.

O vínculo com o feto, fortalecido com a notícia de gravidez e a percepção dos movimentos fetais, é bruscamente abalado, surgindo um sentimento de ambivalência: o sentir o bebé mexer, mas não querer senti-lo para não se ligar mais afectivamente a ele e

aumentar mais o vínculo entre os dois (Antunes, 2007). As mulheres, nas entrevistas, relatam a perda do seu bebê imaginado e a sua gravidez que trouxe tantos prazeres com muito pesar, tristeza e dor:

“Sentia angústia, porque era uma fase da gravidez muito adiantada, já tinha laços com o bebê.” (M1)

“Depois de saber o resultado da amniocentese, já não vivi a gravidez como deveria ser já não tinha ânimo e depois de pensar que a melhor solução era a interromper.” (M3)

“Nós podíamos aguardar mais tempo, mas eu achei que não valia a pena, porque cada vez que o bebê cresce (...) senti-o mais humano, mais nosso e torna-se mais difícil. Não sentia o bebê, mas sentia tudo o resto, os sonhos, o imaginar a criança, o sexo do bebê, eu desejava que fosse uma menina. Eu já me estava a imaginar com o bebê ao colo, a passar tudo de novo. Não há nada como ter um filho.” (M4)

“(...) foi muito difícil, muito difícil, porque o bebê era muito desejado (...) como é que eu posso acariciar a minha barriga, eu queria ligar-me ao bebê mas também não queria, sem saber que estava tudo bem, ou não (...) quando o médico fazia a ecografia eu não queria ver. Porque não queria me ligar ao bebê.” (M5)

“(...) custou-me muito. Estava vivo, estava a crescer (...), o bebe exteriormente estava bem, ouvi os batimentos cardíacos e soube que era rapaz, e não quis saber mais nada, porque se vou ter que tomar uma decisão.” (M6)

“(...) eu sentia-me triste, já não vivi a minha gravidez, já não tinha o bebê que tinha imaginado, já não tinha nada.” (M7)

“Eu não disse a ninguém que sentia mexer o meu bebê, não disse a ninguém “chorou” (...) porque não queria que as pessoas soubessem, nem ao marido disse. Eu tentei não me apegar ao bebe, mas isso é impossível, porque sabia que se calhar ia interromper a gravidez (...) eu não disse para não criar afectos.” (M8)

“Quando soube que estava grávida fiquei muito feliz (...) mas quando ocorre uma situação destas, deixei de pensar na minha gravidez (...) muitos sonhos, muitas alegrias, muitas coisas que sentia foram embora (...), leva-se uma estalada da realidade (...) eu já sentia o bebê mexer, tinha vinte e três semanas e durante aquela semana estar a senti-lo mexer foi horrível (...).” (M10)

“Na noite em que soube, não entendo o porque mas senti o meu bebê mexer imenso dentro de mim, parecia que me queria dizer alguma coisa. Foi uma noite interminável, nunca mais passava, mas eu ao mesmo tempo não queria sentir porque sabia se em principio não o podia ter.” (M11)

A crise provocada face a um bebê malformado e não idealizado, tal como a morte perinatal, implica a perda do filho normal que era esperado. O processo adaptativo face a

estas situações pressupõe o luto da criança idealizada (Antunes, 2007).

Lucas (1999:416), refere que *“...com a perda desse bebê imaginário que nunca passa verdadeiramente a real, algo se perde dentro dessa mulher”*.

➤ **Relação com o corpo**

“A fertilidade é tanto um aspecto da potência masculina como da feminina.” (Colman, 1994:22). Para algumas mulheres, ficarem grávidas e serem mães é um aspecto muito importante da sua vida, dando-lhes auto-estima e satisfação pessoal. Experienciam a gravidez como um rito de passagem, o último para se tornarem completamente adultas, completamente mulheres (Colman, 1994).

Gomes (2005) refere que, quando ocorre uma anormalidade na gravidez, como no caso do diagnóstico de uma malformação fetal, acarreta uma “ferida narcísica”, abala com mais intensidade o narcisismo feminino. A sensação de plenitude e onipotência por que passam as grávidas ao gerar um filho é fortemente abalada e a impossibilidade de gerar filhos saudáveis diminui a auto-estima da mulher, pois o seu bebé é considerado como sendo a sua extensão. Surge assim, nos progenitores, a ideia que eles têm um carácter ruim, um problema interno, provocando a expectativa de constante fracasso.

A mulher desvaloriza-se, perde a confiança no seu próprio corpo e na sua capacidade de procriação. Sente-se inútil, vazia, com vergonha, um fracasso e receia que o seu companheiro a culpe pela sua incapacidade de gerar um filho saudável (Cabral e Leal, 2005). Carvalho (2007:36) citando Stirtzinger (1999), salienta ainda que *“...aparece uma desvalorização da auto-estima por parte da mulher, pelo sentimento de que o seu corpo não pode funcionar adequadamente durante a gestação ou pela crença de que não é capaz de desempenhar o seu papel biológico e conjugal”*.

É comuns as mães sentirem-se envergonhadas e responsáveis por gerarem um filho malformado, originando uma diminuição acentuada da sua auto-estima e da culpabilização do seu corpo (capacidade de procriar) como mulher:

“(...) Surgiram-me outro tipo de questões (...) se não teria havido nenhuma falha medica aqui pelo meio, ou se o problema era mesmo nosso (...)” (M1)

“Pensa-se sempre porquê é que foi a mim? (Chorou), se tenho algum problema físico (...) porque é que há tanta gente que não quer um bebé e eu que queria tanto. Porque me aconteceu a mim? Isto é injusto. Silêncio e chorou. Será que sou pior que as outras

mulheres?” (M2)

“Queria muito esta gravidez e este filho, não é justo. Será que o meu corpo não é bom para gerar um filho?” (M4)

“Eu não entendo, é se ainda sou nova, porque o meu bebé tem problemas, eu consegui ficar grávida, mas será que o problema é meu? (...) eu gostava de saber o que realmente aconteceu, o que se passou (...) o meu bebé ter um problema grave, se o problema é meu, algum problema físico que eu tenha” (M7)

“Penso porque é que a mim me calhou isto. E há tantas mulheres mais velhas do que eu a ter filhos saudáveis (...) porque é que me aconteceu a mim?” (M8)

“Senti-a que as outras mulheres eram mais mães do que eu, por elas terem conseguido levar a gravidez até ao fim e eu não conseguir” (M9)

“Acho que não fiz nada para merecer isto, nem eu nem nenhuma mulher (chorou) (...) sinto revolta contra tudo e contra todos. Neste momento estou zangada com todos, comigo, com Deus, com meu marido, meus pais (...) não sei de quem é a culpa, se do meu corpo, só sei que sinto uma revolta muito grande (...) quando olho para o espelho já não gosto do que vejo do meu corpo (...) não ter conseguido gerar esta criança sem problemas. Até a minha auto-estima como mulher e pessoa está diminuída.” (M10)

“Não sei, não entendo o que se passou, será que é alguma coisa comigo que não está bem, com o meu corpo, para acontecer isto ao bebé? Não sei de quem é a culpa (...) não sei, não entendi e continuo a não entender (...) nos dias seguintes olhavam várias vezes ao espelho para o meu corpo, para a minha barriga. E perguntava. O que há de errado, o que está mal? Para ter acontecido isto.” (M11)

1.2. PROCESSO DE INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Da análise dos relatos emergidos das entrevistas que realizamos, surgiu uma segunda categoria temática: **Processo de interrupção voluntária de gravidez**. Nesta categoria temática foram identificadas quatro temas, sendo o primeiro:

➤ Sentimentos vividos durante o internamento hospitalar

A interrupção da gravidez é realizada por indução de parto. São utilizadas drogas indutoras da contractilidade uterina, requer um período de internamento e admissão da

mulher até à expulsão do feto e tem alta após se verificar que está tudo bem. Na admissão é explicado à mulher/casal os procedimentos a serem efectuados e o tempo de duração, este é variável conforme o desenrolar do processo. As mulheres relatam todo o processo de interrupção da gravidez como algo terrível, um pesadelo que tem de passar e os sentimentos vivenciados são físicos e psicológicos.

Físicos – as mulheres referem dores e mal-estar durante a interrupção, questões que assolam as participantes. Como refere Costa (2006), o procedimento usado para a interrupção da gravidez pode e deve ser efectuado de forma humanizada: a hospitalização da mulher, o uso de anestesia e a presença do companheiro ou de alguém próximo. Para alívio da dor da mulher é necessária a administração de fármacos, após avaliação da dor pelo enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia e prescrição pelo médico em SOS. Em determinadas situações o uso de analgesia epidural pode ser necessário e, até mesmo, recomendado. *“O internamento e a indução do parto são concebidos com juízo de tempo diferente do real. As horas parecem dias, os dias anos. O desejo de que tudo acabe e o medo de como será depois propicia essa alteração”* (Benute, 2006:16). É importante o alívio da dor física, já que o alívio da dor psicológica é mais complicado:

“No internamento foi a dor física e não tanto a dor psicológica. A dor psicológica foi até ao momento do internamento (...) no hospital foi a dor física e o receio que não corresse alguma coisa bem (...) senti que tudo era interminável (...) custou-me muito achei que isto era uma injustiça, já não basta a pessoa ter que passar tudo isto psicologicamente, e depois fisicamente (...) fiquei internada 4 dias. Não estava a espera disso, falaram 2/3 dias, custou-me muito (...) devia haver técnicas para ser mais rápido” (M1)

“Senti algumas dores, mas não é isso que me custou. Não estava à espera disto.” (M2)

“Quando o médico me falou de todo o processo pensei que fosse uma coisa mais fácil. Tive muitas dores (...) colocaram-me a epidural e deram-me medicação, mas durante a noite tive que chamar (...) porque tinha dores. O sofrimento que tive acabou por ser maior do que quando tive o parto da minha filha, que nem tive epidural, nem nada, mas o período de tempo foi mais curto.” (M3)

“A parte física, senti como se fosse uma gravidez, foi tudo igual.” (M4)

“Começam as dores e as contracções e a vontade de puxar. O feto estava metade dentro de mim e metade fora, foi um processo lento (...).” (M5)

“Todo este processo é muito doloroso, mesmo durante o período que estive internada.” (M6)

“Quando estava internada, senti muitas dores e não tinha tempo de pensar em nada. Passei a noite mal, com dores. Depois chamei a enfermeira e ela disse para eu puxar,

nem sabia como se fazia, mas depois ela explicou-me e eu puxei, e o meu bebé nasceu (...) fiquei muito cansada, que depois adormeci e quando acordei estava no quarto e já não tinha barriga, nem o meu bebé, já não tinha o meu bebé, tive uma sensação de vazio dentro de mim. Foi muito triste.” (M7)

“Não estava preparada para ficar logo internada (...) achava estranho a situação de estar uma semana, para fazer uma interrupção da gravidez, pensava que se resolvia em um ou dois dias (...) para não ser uma situação penosa para as mulheres (...) depois compreendi porque tinha de ser feito daquela forma (...) comecei a sentir mais dores, senti depois muitas dores que já não suportava, já não aguentava (...) depois as minhas dores passaram e era como se tivesse ficado no céu. Depois nunca mais tive dores, fiquei a saber o que era ter um parto normal.” (M8)

“Os primeiros dias não foram muito difíceis em termos físicos, só quando me puseram uns comprimidos é que começou a ser complicado (...) tinha muitas dores, quando punham os comprimidos era muito desconfortável. As contracções começaram a aumentar, tive muitas dores e depois puseram-me a epidural e foi melhor, as dores diminuíram.” (M9)

“Fisicamente eu senti as dores das contracções mas não tive tempo de epidural, foi muito rápido. Custa mas é suportável.” (M10)

“Fisicamente acho que não se devia fazer isto a uma mulher, todo o processo da interrupção, o tempo de internamento, as dores que se sentem além do sofrimento psicológico que se está a passar devia ser proibido mesmo, porque é horrível. Uma pessoa esta dorida, esta magoada, parece que arrancam algo de dentro de nos. Eu nunca pensei sentir esta mistura de sentimentos. Quando fui para o quarto não me apetecia sequer falar, não queria nada, queria que me deixassem em paz (...) quando foram lá, pedi que não me tocassem, as dores eram tantas e a minha revolta também pelo que estava a passar e me estava a acontecer, não queria acreditar.” (M10)

“Tive muitas dores na altura da saída do bebé (...) no final estava chocada e cansadíssima e levaram-me para quarto, para descansar.” (M11)

As mulheres relatam que, além do sofrimento físico, o sofrimento psicológico é pior, vivenciam tristeza, pânico, remorso, angustia, culpa, vergonha, choro e insegurança como mulher:

“Psicologicamente fiquei muito abalada (...).” (M2)

“Dói muito, sofresse muito. Sentir matar um bebé (...) psicologicamente, tenho passado mesmo muito mal, é uma sensação aterrorizadora (...) a maior dor é perder, perder o nosso bebé, é mesmo muito mal e difícil de suportar (M5)

“(...) estava vivo, estava grande e já sabia o que era, e psicologicamente é muito

diferente, foi horrível. Porque senti que o estava a matar e se calhar nascia bem.” (M6)

“A parte psicológica custou-me muito, além da física (...) psicologicamente, estou cansada do que estou a passar.” (M6)

“(...) houve uma altura que me apeteceu deixar isto, apeteceu-me não estar cá, ir embora (...) mas quando passa mesmo pelo processo é que se tem consciência de tudo (...) psicologicamente é tudo muito mais difícil, mas acho que o tempo me ajudar a recuperar disto tudo (...)” (M10)

“Eu já estava saturada eu só queria que tudo isto acabasse e queria-me ir embora, estava cansada de tudo o se estava a passar (...) eu só quero que isto acabe depressa para ir para minha casa.” (M11)

Na experiência do internamento encontramos bem expressa a dor física associada à dor emocional. A experiência do internamento é sentida como dramática e traumatizante. Na opinião das participantes, a dor física deveria ser evitada, já que a emocional não é possível. Nery et al (2006) consideram que a dor física é extremamente agressiva e, muitas vezes, relatada como mais dolorosa que um parto.

➤ **Caracterização dos profissionais de saúde durante o internamento hospitalar**

Estas mulheres necessitam de apoio de profissionais e serviços de saúde, visto ser uma experiência desoladora e de sofrimento emocional para a mulher/família e amigos, assim como para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros que a acompanham na gestação e durante todo este processo. Cuidar é a palavra-chave do exercício de enfermagem e Collière (1999:234) afirma que “*cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de vida...*” O papel do enfermeiro é fundamental no acompanhamento a estas mulheres/família: deve colocar de lado os seus próprios valores e crenças para que com a equipe multidisciplinar se prestem cuidados com qualidade a estas mulheres; proporcionar um ambiente seguro e adaptativo através de escuta empática e activa; respeitar a sua cultura, raça, religião, valores e crenças; informar o casal sobre todas as questões relativas à situação; identificar pais e familiares em risco de desenvolver respostas à perda não adaptativas; auxiliar o casal/família a adaptar-se à nova situação existencial, favorecendo a aceitação da perda; dar a conhecer o processo de luto e providenciar informação (Antunes, 2007). Estabelecer uma relação de ajuda com a mulher permite que expresse as suas dúvidas e medos:

“(...) senti-me muito apoiada (...) estava com algum receio, porque estava a realizar uma

interrupção da gravidez e tinha medo de ser discriminada, porque achava que as pessoas podiam discriminar-me (...) todas as pessoas me apoiaram muito, sabendo do que se tratava, tinham uma atitude de apoio comigo.” (M1)

“No hospital pensei que as pessoas não me tratassem assim. Pensei que pensassem que eu queria fazer um aborto e que houvesse pessoas, sei lá, que me recriminassem (...) que me tratassem de forma diferente, se dirigissem a mim de forma menos correcta. Mas surpreendeu-me toda a gente pela positiva, foram muito simpáticos. Aliás eu acho que até por estar a passar aquela situação, até me tratavam ainda melhor (...) algumas enfermeiras vinham ter comigo à cama e conversavam um bocadinho comigo, o que me ajudou bastante.” (M3)

“A assistência foi espectacular. Eu já tinha sido assistida ali e não tive nada a dizer, acho que melhor é impossível. Acho que tive toda a assistência possível.” (M4)

“Acho que o pessoal de saúde tem um papel muito importante. As pessoas nesta situação estão muito debilitadas e precisam de todo o apoio, carinho, compreensão, uma mão amiga e serem ouvidas. Um gesto um simples miminho é muito importante. Os enfermeiros devem ter coragem, serem sensíveis e humanos (...) o nosso grau de exigência é muito, mas trataram-me bem. Nesta altura tem-se tanta fragilidade que a mínima coisa para nós é importante.” (M5)

“(...) fui sempre acompanhada, as pessoas foram muito carinhosas. Quando precisava de alguma coisa, ou tinha dores chamava e vinham.” (M6)

“Todo o pessoal era uma simpatia e isso ajudava um bocadinho a esquecer o que eu estava lá a fazer. Toda a gente sabia, mas a forma como falavam comigo, animadoras, acabava por esquecer um bocado porque estava aqui e eu sentia-me bem (...) no hospital estava bem (...) estava com pessoas que percebiam do assunto que estavam ao pé de mim, não me questionavam, porque estava a fazer aquilo (...) todos passavam por mim (médicos e enfermeiros) e falavam comigo.” (M8)

“A nível de equipa que me atendeu foi excelente só tenho a dizer bem deles e a agradecer muito, porque foram mesmo muito meus amigos, sempre preocupados com o que estava a sentir.” (M9)

“Todos os profissionais foram espectaculares (...)” (M11)

Os profissionais de saúde são os primeiros que atendem nestas situações. A sua abordagem, através de uma relação empática e de uma escuta activa, possibilita às mulheres a verbalização dos seus medos, dúvidas, fantasias, etc. Algumas mulheres referem a necessidade de falar sobre o que aconteceu mas, geralmente, têm mais dificuldade com o companheiro/família/amigos pois sentem desconforto ao fazê-lo e também porque, por vezes, só a mulher sabe o que se está a passar com a sua gravidez:

“(...) não queria falar no assunto, com o meu marido e com a minha família.” (M3)

“(...) queria que me deixassem sozinha, não queria falar com o meu marido, nem com ninguém (...) precisava estar sozinha, comigo mesma (...).” (M8)

Outras, sentem a necessidade de falar com os profissionais, sendo os enfermeiros os que, neste momento, estão mais próximos. Para a maioria das participantes, falar sobre a situação ajudou-as bastante, não só pelo facto de abordarem o assunto sem receio como também por sentirem uma forma de exteriorizar o que sentem e de exprimir a necessidade de falar com alguém que entenda o que estão a passar, fazendo-as sentir à vontade e compreendidas. Assim, participarem no estudo permitiu-lhes ultrapassar o receio, visto que muitas das vezes, estas mulheres sentem necessidade de falar sobre o assunto com alguém não tão próximo como o companheiro/família. Em suma, todo este acompanhamento dos profissionais, ajuda a quebrar o silêncio e a solidão em que estas mulheres estavam emersas:

“No internamento eu sentia necessidade de falar e ia falando.” (M1)

“Alivia-me falar sobre tudo isto (...) estou farta de tanto chorar, mas alivia o exteriorizar o que sinto. Falar alivia-me.” (M2)

“É bom ter a oportunidade de falar com alguém que entende o que sinto, mas que no fundo pouco conheço, não tendo receio de expor tudo o que sinto e que vivi (...)” (M7)

“(...) falar sobre tudo o que estou a passar, ajuda a exteriorizar os meus sentimentos e a ultrapassa tudo isto (...) falar com profissionais que entendem o que estou a passar.” (M11)

A comunicação é muito importante, pelo que os profissionais devem estar atentos às possíveis complicações do luto. Qualquer problema que ocorra no binómio mãe-bebé, como a existência de malformações fetais, pode ameaçar a integridade física e psíquica da grávida/casal. Esta situação de crise e desajustamento psíquico requer atendimento especializado ao longo de todas as fases do processo de luto (Benute, 2006).

Setúbal (2006:9) refere que *“o suporte psicológico permite que essas mulheres possam tornar-se participantes activas no processo diagnóstico e terapêutico ...”*. A possibilidade de pensar, expor medos e angústias, torna-as menos vulneráveis, mais aptas e capazes de lidar com as inúmeras situações que vão ocorrendo. Para algumas mulheres, o apoio psicológico é importante e necessário:

“É importante ter acompanhamento de um psicólogo, para acompanhar mulheres nesta situação.” (M2)

“(...) senti a necessidade de ter apoio de alguém mais especializado para me ajudar a ultrapassar psicologicamente esta fase da minha vida.” (M 5)

“Neste período é importante a ajuda e assistência de um psicólogo, para ultrapassar tudo isto (...).” (M8)

“Acho que tinha sido importante ter tido o apoio de alguém especializado no assunto, não sei, talvez um psicólogo, para me ajudar neste processo todo e a gerir esta baralhada de sentimentos.” (M11)

Em termos hospitalares, segundo Isabel (2001), é nefasta não física mas psicologicamente, estas mulheres serem internadas conjuntamente com puérperas, grávidas e bebés. Apesar da noção deste ser o local adequado à sua situação clínica, é preferível, sempre que possível, colocá-las num quarto isolado. Ouvir o choro de um bebé, o contacto com grávidas e puérperas é uma confrontação com o berço vazio, tornando-se uma experiência extremamente dolorosa a nível emocional. Algumas mulheres referem que, durante o internamento, foi muito importante terem ficado em quartos individuais. Ficarem isoladas tinha sido óptimo, sentiam-se calmas e podiam partilhar a sua dor com o companheiro/família, longe de outras grávidas, puérperas e bebés. Para elas, ouvir o choro de um bebé era demasiado penoso:

“Foi importante ter ficado num quarto sozinha, não ter tido contacto com bebés ajudou muito.” (M2)

“(...) durante o internamento tive muitas perdas de sangue e até para as outras ia ser complicado. Estava mais a vontade, num quarto sozinha.” (M4)

“Quando fui para um quarto, achei estranho ir para um quarto sozinha, entretanto passado um dia é que ouvi alguém falar que aquele era um quarto de isolamento e depois é que percebi, que era para não estar junto a bebés (...) eu via as mães passarem com os bebés, olhava e via as mães com os seus filhos (...) custava-me um bocadinho.” (M8)

“Ainda bem que me puseram num quarto sozinha, acho que ia ser mau as outras grávidas verem o meu sofrimento e também não ia ser bom eu ver uma mãe com o filho, era complicado para mim emocionalmente. Estar ali e ver e pensar que se tudo tivesse corrido bem eu daqui a uns meses também estaria a ter o meu bebé.” (M10)

“Fiquei num quarto sozinha o que achei óptimo (...) estar no meu canto e não ter que e estar ao pé de mães com bebés, que acho que iria me custar bastante.” (M11)

➤ **Confronto com a realidade**

Durante a gravidez, a mulher idealiza o seu bebé. Porém, após o nascimento, como no caso de malformações fetais, a grávida confronta-se com a realidade, um segundo luto e a reconstrução da imagem do seu bebé (Gomes, 2005).

Os profissionais de saúde devem dar a oportunidade aos pais de ver e tocar o seu bebé, caso desejem fazê-lo. No entanto, devem ser previamente preparados para o que vão ver (Rolim e Canavarro, 2006). Essa escolha é pessoal e deve ser respeitada pelos profissionais que prestam cuidados à mulher. De uma forma geral, ver o bebé pode auxiliar no processo de luto, uma vez que ajuda a mulher a acreditar que tudo que está a viver é real e facilita-lhe uma futura aceitação (Carvalho, 2007).

Para estas mulheres ver o corpo do bebé imediatamente após a interrupção da gravidez foi positivo, possibilitou-lhes verificar as malformações fetais que haviam sido diagnosticadas (quando eram externas) e permitiu-lhes vivenciar o seu luto de forma menos traumática (Costa, 2006). Das entrevistas realizadas, poucas mulheres quiseram ver o seu bebé:

“Não cheguei a ver o bebé, mas tinha gostado de ver, para ver como era.” (M7)

“Não vi, mas estou arrependida de não ter visto (...) acho que queria ter visto, mas na altura é tudo uma questão de segundos que tem que se decidir. E uma pessoa tem tantas emoções naquele momento e passa-nos tantas coisas pela cabeça que não dá tempo para pensar o que fazer. Acho que não me despedi dela, por outro lado não sei (...) ver poderia ter ajudado agora, todo este processo de luto que estou a passar, eu acho que podia tudo ter sido diferente, naquela altura não dá muito para pensar (...) uma das piores coisas que passei foi quando tive a interrupção, o bebé saiu e ela chorou (...) quando ouvi o bebé chorar o meu instinto a minha vontade era pegar nele. Foi uma imagem que me marcou muito.” (M10)

“Eu pedi para ver o bebé, a enfermeira perguntou-me se eu tinha a certeza se queria ver, eu disse que sim (...) foi uma sensação que nem consigo descrever. É muito triste. Mas eu quis ver para ter a consciência e a certeza do que estava a acontecer (...) para ter a certeza que isto tudo que eu estava a passar não era um sonho ou antes um pesadelo do qual eu iria acordar. Foi rápido, só vi o rosto dela que era perfeito, o resto não cheguei a ver. Tive a oportunidade de me despedir dela.” (M11)

Algumas mulheres viram sem querer, não queriam ter visto:

“Vi uma coisa que não fazia ideia que ia ver, não queria ver. Pensei que fosse mais

pequenino. Custou-me muito ter que ver.” (M3)

“(…) não quis ver, tive que puxar para sair uma coisa que não queria, que não queria ver sequer” (M5)

“Custou-me imenso vê-lo (…) eu vi-o, vi a mãozinha, o cordão umbilical, isso custou-me muito (…) eu não consigo tirar a imagem do bebé da cabeça, foi muito mau eu ter visto. Eu vi e não queria ter visto, foi sem querer não estava a espera, mas foi terrível, uma imagem que não consigo esquecer, apagar. Vi a mãozinha os pezinhos. Espero recuperar, porque tem sido muito difícil, estou muito mais frágil (…) quando o vi fora custou-me e pensei será que fiz bem? Custou-me muito, custou-me muito.” (M6)

Para outras mulheres a decisão de ver o bebé traz algumas dúvidas, preferem não o ver, não lhe tocar. Acreditam que ao vê-lo dificultaria o seu luto. No entanto, há situações em que não lhes foi dada a oportunidade de verem o bebé:

“Não quis ver o bebé, porque acho que isso era uma violência enorme.” (M1)

“Não, não, também não me perguntaram se queria ver, mas se me perguntassem eu dizia que não.” (M8)

“Perguntaram-me se eu queria ver o bebé e eu disse que não. Não queria ficar com aquela imagem, acho que ia ser pior. Tenho na lembrança as dores mas não tenho a imagem dele na cabeça, só queria saber o que era e era um menino (…) não quis ver, a minha cabeça não tem nada, não tenho imagem nenhuma, era isso que eu queria, eu ia cismar com isso, sou muito sensível (…) eu ia sofrer mais ao ver a criança.” (M9)

➤ Apoio durante o internamento

Carvalho (2007) refere que a presença de familiares desempenha um papel fundamental de apoio à mulher, principalmente no processo de luto. O pai do bebé tem sido descrito como a figura fundamental. É importante a união do casal para que se apoiem mutuamente e encontrem forças para enfrentar a perda, como é evidenciado nas entrevistas:

“O que vale é que tenho o apoio do meu marido, porque senão não sei o que seria. Mas o meu marido não sei, ou ele vivência de forma diferente, sei lá é mais positivo, convive melhor com a decisão.” (M4)

“Fui com o meu marido para o hospital para ser internada, o apoio dele tem sido fundamental nisto tudo.” (M6)

“Só queria ao pé de mim o meu marido.” (M9)

“Ter o meu marido perto o qual me apoiou imenso, foi o meu suporte para ultrapassar isto

tudo”. (M10).

O apoio do companheiro pode ser muito importante neste momento. No entanto, nem sempre é esta a realidade e, por vezes, as mulheres preferem o apoio de mães e amigos: “Além de ser uma decisão complicada é difícil de tomar, não tive apoio do meu marido (...) portanto mais complicado foi porque estava um pouco sozinha (...) além de ter sido uma decisão complicada e difícil de tomar, não tive apoio do meu marido e portanto mais complicado foi porque estava um pouco sozinha. Embora eu ache que para os homens é diferente (...) foi uma amiga que me acompanhou no período de internamento. Foi ela que me deu apoio e esteve comigo. Se a minha amiga não tivesse estado comigo todo o tempo, acho que iria ser mais complicado.” (M3)

“(...) depois fui falar com a minha avó para ela me ajudar, foi ela que esteve comigo todo o tempo e que me apoiou (...)” (M7)

“Nessa semana recorri imenso a minha mãe, achei que ela me entendia, entendia e compreendia o que sentia melhor que ninguém, ela estava todo o tempo ao meu lado.” (M11)

Antunes (2007), salienta que a atitude dos profissionais de saúde também pode constituir uma importância crucial no apoio a estas mulheres: a disponibilidade demonstrada, a empatia e o encaminhamento dado à situação.

1.3. REPERCUSSÕES/EXPECTATIVAS FACE AO FUTURO

A terceira e última categoria temática identificada foi: **Repercussões/expectativas face ao futuro**, que subdividimos em cinco temas:

➤ **Repercussões no relacionamento familiar**

A relação marital tem sido considerada como um factor importante e que condiciona o decurso da gravidez. Em muitas situações o pai da criança é o centro do suporte social e afectivo da mulher (Mendes, 2002).

A interrupção da gravidez por malformações fetais origina uma reacção de sofrimento

emocional que requer ajustamentos psicológicos, familiares e individuais, difíceis de serem aceites e vividos (Rato, 1998).

O regresso a casa, à família e à rotina parece ser o apoio e a possibilidade da mulher se sentir melhor. No entanto, algumas mulheres referem que ir para casa foi muito doloroso. O confronto com as coisas que já tinham comprado para o bebé, o contacto com a realidade e o mundo cá fora causou-lhes muito sofrimento. No hospital sentiam-se mais protegidas:

“A semana em que fui para casa foi muito dolorosa (...) quando sai do hospital, senti-me triste (...) aquele vazio na minha barriga, o deixar de sentir o meu bebé (...) sentia-me fraca fisicamente, sem muitas forças (...) eu não queria sair e sentia-me mal na rua. Foi assim uma semana estranha.” (M1)

“(...) eu quase estagnei a minha vida, eu não saía para fora ficava sempre em casa. Não conseguia dormir durante a noite, dormia as primeiras horas e depois acordava e não conseguia mais dormir.” (M2)

“Ir para casa vai ser muito difícil (...) vai me custar ter que ver as roupinhas que já tinha (...)” (M 5)

“No hospital sentia-me protegida e segura (...) não contava depois de sair do hospital ter ficado como fiquei. Eu mal sai da porta do hospital desatei a chorar e não parei de chorar nos dias seguintes (...) não queria que se dirigissem a mim perguntar como estava (...) mal me perguntavam alguma coisa eu desatava a chorar. Evitei sair a rua para que as pessoas não me perguntassem nada.” (M8)

“Sim lutei muito para ter este filho e para ter condições para que fosse uma criança que vivesse bem. Quis ter uma casa com um espaço maior para a criança. Agora ao chegar a casa e ver assim o quarto que preparei é triste.” (M9)

“(...) estive uma semana em casa antes de ir trabalhar. Foi o regresso à realidade, o tomar consciência de tudo o que se passou, foi doloroso, o chegar a casa e deparar-me com uma roupinha que já tinha comprado (...) tocar na minha barriga e sentir que o bebé já não está ali, o voltar a casa sem o meu bebé, a perda dos planos que fiz em relação a este bebé, a esta gravidez.” (M11)

Existem outras situações, referidas por Carvalho (2007), em que o voltar para casa pode representar maior segurança e apoio, o confrontar as expectativas anteriores quanto ao filho e à realidade da perda que se instituiu. As mulheres que participaram neste estudo sentiram que o seu relacionamento conjugal melhorou e fortaleceu os laços afectivos entre o casal. Após a interrupção, os casais conseguem retomar o sentido das suas vidas. Ficam as lembranças dos momentos tristes e difíceis mas, com a elaboração do

luto, de toda a vivência e a presença de outro filho no casal, o sofrimento é minimizado (Benute, 2006):

“O meu outro filho já estava a ressentir, porque estávamos sempre em consultas e preocupados e apreensivos. Comecei a sentir o ambiente em casa tenso, o meu filho tem 16 anos (...) agora quero ficar bem para poder ir tomar conta do meu outro filho (...) procurei compensa-lo pelos dias todos que estive ausente. Procurei que o meu filho não sentisse que estava triste naquela.” (M1)

“A minha filha também ressentiu-se muito porque eu fechava-me muitas vezes no quarto e ela apercebeu-se, porque ela apresentou mudanças de atitudes (...) agora é diferente tento ficar e estar mais tempo com ela (...) tive alterações na relação com a minha filha e com o meu marido (...) a relação com o meu marido foi alterada porque não queria... queria estar no meu canto, não queria que ninguém me chateasse, que ninguém falasse comigo, que me deixassem sozinha no meu canto.” (M3)

“(...) a vida contínua, a gente tem que lutar (...) para mim é mais fácil porque tenho o meu filho, tenho-o a ele se não tivesse ninguém ia ser muito complicado. Neste período não tinha vontade para fazer nada, embora o meu filho puxasse um bocadinho por mim, por nós. Não é fácil (...) estamos a tentar ultrapassar tudo isto.” (M4)

“A minha filha é amorosa e acho que sentiu um bocadinho que eu não andava bem e dormia mal, ela tem 32 meses.” (M6)

“Eu não consegui levar o meu miúdo ao infantário só consegui a partir de ontem, estive mais de uma semana sem conseguir (...) não levava o meu filho ao infantário, era a minha mãe que o levava, eu não queria vir à rua, não queria ir a lado nenhum” (M8)

“Tenho que tentar ajudar o meu marido e ele tentar-me ajudar a mim, porque eu sei que para ele também é muito duro, ele desejava muito este filho como eu (...) para me animar, diz que depois vamos ter muitos filhos, o meu marido tenta apoiar-me imenso.”(M9)

“(...) o meu marido tem me sentido distante, no meu canto, embora eu acho que ele entende tentando me apoiar e deixa-me no meu canto, dá-me o meu espaço para poder pensar em tudo que aconteceu, foi tão rápido (...) preciso fazer o luto à minha maneira (...) tem sido noites mal dormidas é ainda recente, preciso me adaptar novamente à minha vida e família.” (M10)

“Com isto tudo a relação com o meu marido ficou mais forte (...) por outro lado eu também mudei, tornei-me mais adulta, mais mulher.” (M11)

➤ Condicionamento do futuro obstétrico

Um diagnóstico pré-natal desfavorável constitui uma experiência traumática para a mulher. O seu impacto não se dilui com o término dessa gravidez, influenciando o processo reprodutivo, como nos refere Antunes (2007). A experiência da perda de um bebé tenderá a projectar a sua sombra sobre o que se passará no futuro. Carvalho (2007) refere que, logo após a perda, a mulher e seus familiares questionam-se sobre futuras gestações. Uma gravidez que teve um final infeliz vai ensombrar uma gravidez seguinte.

Antunes (2007) citando Marinho (2004) reforça a ideia dizendo que, nestas situações, existe de forma predominante o medo de que a mesma situação se volte a repetir, pelo que uma nova experiência gestacional é vivida com intensa ansiedade. Como se pode constatar através das entrevistas, essas mulheres, embora com medo e receio de passar pela mesma situação, afirmam que depois de algum tempo, gostariam de ficar grávidas novamente:

“(...) se voltar a engravidar vou ficar a pensar o que vai acontecer, se esta tudo bem, se o que falhou nesta gravidez vai falhar outra vez (...) porque não se chegou a saber a causa, porque aconteceu (...) esta ansiedade acaba por ser transportada para uma futura gravidez, isso eu não tenho duvidas nenhuma. Vou fazer os exames para saber se esta tudo bem, vou ficar num stress horrível. Tem que se lidar com a incerteza. Numa próxima gravidez vou ficar muito mais ansiosa, do que em qualquer gravidez anterior (...) vou ficar com muito mais receio (...) vou ter medo das próximas gravidezes.” (M1)

“Gostava de engravidar outra vez mas tenho medo que volte a acontecer outra vez, que tenha que passar por isto tudo novamente. (chorou), mas não posso pensar nisso senão não vou tentar ter outro filho (...) vou ter mais medo que outra pessoa que não tenha passado por tudo isto.” (M3)

“Nós gostávamos de ter mais filhos, mas para já não me sinto preparada.” (M4)

“(...) quero muito ter um filho, tentar novamente mas para já não, quero esperar um pouco.” (M5)

“Agora tenho que recuperar e deixar ir tudo ao sítio e tentar novamente (...) fazer os exames que preciso fazer e tentar novamente, eu quero muito ter outro filho (...) se calhar devia desistir e ficar só com um. Mas eu quero muito ter outro filho, e quem quer muito, psicologicamente isto tudo abala, abala muito.” (M6)

“(...) quero ter outro filho o mais depressa possível, embora vá ter mais medo da próxima vez (...).” (M7)

“(...) penso em tentar novamente, mas, mas sempre com receio, agora muito mais. Se eu tinha algum receio agora ainda tenho mais (...) depois de vir cá para fora pensei se

engravado outra vez e se me acontece a mesma coisa, com outros problemas, fico com muito medo (...) numa gravidez posterior ficasse com mais receio e com mais medo.” (M8)

“Na próxima vez que ficar grávida vou ter mais cuidado, vigiar mais a gravidez, porque tenho medo de voltar a passar aquilo que passei (...) espero que noutra gravidez corra tudo bem. Tenho esperança de ter outro, mas com mais acompanhamento e fazer as ecografias todas (...) vai haver sempre aquele medo, aquele receio, aquele cuidado de ver como está, se vai chegar ate ao fim (...) se conseguir, o bebé vai ser muito mimado.” (M9)

“Espero daqui a uns tempos ter uma criança e pensar que passei uns momentos maus, mas que ainda vou passar uns momentos bons (...) ficasse com medo para outra gravidez (...) mas acho que ainda vou ter um bebé.” (M9)

“Não penso neste momento em ter mais filhos, neste momento esta fora de questão, não tenho projectos de ter outro filho, depois de ter passado por isto já duas vezes, embora de forma diferente. Primeiro tenho que gerir a minha revolta contra tudo o que aconteceu.” (M10)

“Para já não, quero primeiro tomar consciência do que se passou e vivi (...), daqui a uns tempos espero ficar novamente grávida e ter um bebé. Claro que vou ter receio que algo possa voltar a acontecer.” (M11)

➤ **Convicções religiosas**

A interrupção da gravidez em casos de fetos com malformações fetais está correlacionada com os valores do casal. O aborto, em anomalias fetais, não causaria nenhuma pressão na decisão daqueles que, em função das suas crenças religiosas e valores, desejassem realizá-lo, mas nem sempre esta situação se verifica:

“(...) o meu marido tem uma família muito conservadora e muito católica e disse-me logo para continuar para a frente com a gravidez, que na família dele ninguém faz abortos.” (M3)

“Depois há outras coisas, nós somos católicos, não muito praticantes mas sou católica no termo mesmo (...) custam-me imenso aceitar.” (M4)

“Eu continuo a ser contra o aborto, sou completamente contra o aborto (...).” (M5)

O medo do castigo por desejar o aborto ou o medo de que, o que se está a passar, seja castigo de Deus por algo que possa ter acontecido; castigo por algo de mal que se tenha feito ao longo da vida ou maldades que se tenham cometido:

“O porquê, o motivo disto acontecer, deve-se a quê? Não entendo porque acontece. Tantas mulheres que não querem ficar grávidas e eu queria tanto esse filho... porque me aconteceu a mim? Será que é um castigo de Deus por alguma coisa que tenha feito na minha vida?” (M2)

“Às vezes fico a pensar se existe Deus. Eu vou à missa e costumo rezar, porque me está a castigar? (...) o que fiz de errado? (...)” (M5)

Outras mulheres encontram na religião, a esperança de que a Entidade Divina (Deus) solucione os seus problemas, pelo que só lhes resta esperar. Segundo elas, esta situação aconteceu porque Deus não quis que, neste momento, tivessem esse bebé:

“Tudo isto que me está a acontecer não é por acaso, Deus quis que fosse assim, foi a sua vontade (...)” (M7)

“Deus não quis que eu tivesse este bebé (...) o que aconteceu a mim, acontece a mais mulheres todos os dias (...) são marcas muito profundas que ficam para sempre.” (M9)

“(...) foi Deus que não quis que eu tivesse este bebé? No fundo a culpa não é de ninguém mas é tudo uma grande confusão de sentimentos.” (M11)

➤ Recursos utilizados para ultrapassar a interrupção da gravidez

Todo o processo pelo qual a mulher passa encerra em si angústia, pânico, perda, etc., tornando-se difícil encontrar um rumo após essa experiência. A fase de resolução e reorganização da sua vida pode durar semanas ou meses. A motivação pela vida, emprego e nas relações interpessoais renova-se, ocorrendo um reordenamento nos padrões de sono, repouso e alimentação (Rolim e Canavarro, 2006).

A chegada a casa revestiu-se de sentimentos díspares. Para algumas mulheres, a casa era o local de refúgio, onde podiam ficar sossegadas, isoladas de tudo e de todos:

“(...) tento não pensar de forma a esquecer e tentar ultrapassar isto tudo. A nível do trabalho vou ficar o mês todo em casa, para tentar recuperar física e psicologicamente (...) quero ficar em casa não me apetece sair para lado nenhum.” (M4)

“Choro sozinha, fico revoltada, mas sinto que estou a mudar (...) sim, antes era uma pessoa muito alegre gostava de sair, de viajar, agora não me apetece, fico isolada na minha casa, nas minhas coisas, não tenho paciência para muitas vezes ouvir as pessoas, não tenho paciência.” (M5)

“Nesse período tentei não ir trabalhar (...) os colegas iam-me perguntar, por a mão na barriga e eu não queria que o fizessem e não falassem no assunto, queria ficar no meu

canto, na minha casa.” (M6)

Para outras mulheres o ir trabalhar, cuidar dos seus filhos foi uma forma de ultrapassar a situação, facilitando o seu processo de luto; estratégias adaptativas de forma a aceitar a perda e delinear o seu futuro:

“Depois de passar esta fase toda do luto do bebé, tenho que começar a vida normal, tentar esquecer que isto aconteceu e andar para frente, começar a trabalhar para tentar esquecer (...) ir trabalhar, estar com o meu filho, dar-lhe a atenção e carinho, distrair-me com outras coisas para não recordar tudo o resto e fugir um bocado ao peso todo que estava a sentir.” (M1)

“Quando regresssei a casa procurei manter-me ocupada, cuidar da minha filha, dedicar-me a ela para me ajudar a esquecer (...)” (M2)

“(...) o meu trabalho ajudou a não pensar no assunto, a tentar esquecer, embora seja difícil (...) tentar me ocupar com a minha filha e pensar que ela precisa muito de mim, só tem 5 anos, e preciso estar ao lado dela.” (M3)

“Aliás eu fui trabalhar para tentar esquecer, estou a trabalhar porque ficar em casa nem pensar.” (M8)

“Tenho muita gente a ajudar-me, e tento me distrair com várias ocupações lá em casa (...)” (M9)

“Depois quando comecei a trabalhar, tentei-me manter o máximo ocupada para não pensar no que aconteceu e procurar não falar no assunto com colegas, porque para mim é difícil falar e não queria relembrar o que se passou (...) ajudou-me ir trabalhar, manteve-me mais distraída não pensando tanto.” (M11)

➤ **Avaliação geral da experiência**

Todas as participantes entrevistadas consideraram que a interrupção da gravidez por malformações fetais e a perda do bebé, que já fazia parte do imaginário da família, foi uma experiência de grande tristeza e sofrimento, tendo-as afectado e marcado psicologicamente e emocionalmente e de difícil aceitação. Como relatam as entrevistas que se seguem, a perda constituiu um momento muito marcante, causando tristeza, culpa e vulnerabilidade.

“Que a vida mudou subitamente outra vez (...) toda a minha vida mudou de repente (...) tudo isto custou muito (...) eu tinha vindo para casa sem o meu bebé (...) mas agora é para andar em frente (...) espero que isto não aconteça a muitas pessoas, porque é muito duro. É um processo muito duro e difícil.” (M1)

“No momento da interrupção não me custou, o pior foi o dia a seguir (...) depois fiquei com um sensação de vazio dentro de mim, faltava-me algo, uma coisa que eu tinha, o meu bebe e que já não tinha (...) sensação de perda do meu bebé (...) sinto-me um pouco revoltada e triste com o que aconteceu.” (M2)

“É tudo muito complicado e difícil, mas agora é andar para a frente.” (M3)

“Triste, muito triste é pensar que desejamos muito uma coisa neste caso um filho e não conseguimos, essa é uma parte triste.” (M4)

“Tudo o que tenho vivido tem sido horrível. Sinto-me tão revoltada. É horrível é uma sensação tão má, não tem explicação (...) as minhas lágrimas já secaram (...) não há nada mais difícil que isto, para mim (...)” (M5)

“Ainda não me conformo que isto tenha acontecido, é estranho tudo isto que passei (...), embora o tempo passe (...), sinto falta do meu bebé, mesmo não o tendo conhecido, às vezes parece que ainda o sinto mexer na minha barriga.” (M7)

“O sentimento de perda é muito grande (...), estou a pensar escrever sobre isto tudo que passei, sinto que tenho que escrever o que senti, o que vivi neste período, para transmitir a outras mulheres estes momentos (...)” (M8)

“É uma coisa que nunca mais vou esquecer, porque estava muito contente com a gravidez, já tinha muitos planos (...)” (M9)

“(...) nunca pensei que fosse tão difícil (...) é tão doloroso, fisicamente e psicologicamente.” (M9)

“Agora tem sido muitas noites mal dormidas, ainda é muito recente (...) preciso de fazer o meu luto à minha maneira (...) ainda não consegui superar isto, ainda estou a viver vezes sem conta um dia, isto foi muito complicado para mim (...) é uma situação complicada e difícil de gerir. Sinto-me cansada de tudo, desde sofrimento e tristeza que estou a passar (...) o tempo vai ajudar-me a recuperar disto tudo, que é difícil de aceitar e acreditar que realmente se passou comigo (...)” (M10)

“Mas é tudo uma confusão de sentimentos (...) esta experiência é muito dolorosa e difícil de ultrapassar (...) com espaço, tempo e com a ajuda das pessoas que amo, vou conseguindo ultrapassar tudo isto, embora não seja fácil. Isto não se esquece mas o tempo ajuda a ultrapassar.” (M11)

2. ESQUEMA REFLEXIVO E COMPREENSIVO DO FENÓMENO



Esquema 1: Esquema reflexivo e compreensivo do fenómeno

PARTE IV: CONSIDERAÇÕES CONCLUSIVAS E FINAIS

1. REFLEXÕES FINAIS

Na enfermagem a investigação constitui uma importância extrema, produzindo bases para a sua prática e conferindo-lhe uma base científica capaz de ampliar conhecimentos de forma a melhorar a qualidade e eficácia dos cuidados prestados.

“A investigação em enfermagem e o desenvolvimento pessoal e profissional que ela permite têm diante de si um futuro promissor desde que saibam manter-se no caminho de uma verdadeira perspectiva de cuidar” (Hesbeen, 2000: 165).

A concretização final deste estudo levou-nos a considerar que os objectivos propostos foram atingidos, dado que foi possível conhecer e compreender alargadamente as vivências das mulheres submetidas a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, bem como conseguimos, no decorrer do estudo, uma resposta efectiva para a questão da investigação.

Nesta investigação a abordagem fenomenológica demonstrou-se a mais adequada, permitindo-nos conhecer e compreender a realidade tal como ela é vivida pelas participantes. Dentro deste contexto, as participantes tiveram uma total liberdade na expressão das suas experiências e sentimentos, algo que nos fez aproximar da “riqueza” informativa por elas fornecida. Consequentemente, esta vivência fez-nos compreender importantes dados relativos a cada participante, tornando-se elementos fulcrais para os cuidados de enfermagem pelos enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia.

Ao longo da realização deste estudo, verificámos que existem poucos e pequenos estudos sobre a temática: “Vivências das mulheres em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais”, pelo que achámos necessária e fundamental esta investigação.

Da análise das entrevistas, identificámos três categorias temáticas: diagnóstico de malformação fetal; processo de interrupção voluntária da gravidez; repercussões/expectativas face ao futuro, e tendo em cada uma delas surgido vários temas. Resumidamente, apresentamos uma conclusão reflexiva de cada uma delas.

Diagnóstico de malformação fetal:

Como nos referem as participantes nas entrevistas, embora, por vezes, a gravidez não tenha sido planeada, depois de aceite, torna-se um momento de felicidade para a mulher/casal e uma experiência de mudança e renovação. O vínculo mãe-bebé vai-se fortalecendo e intensifica-se com o decorrer da gravidez e com a percepção dos movimentos fetais. A notícia de malformação fetal gera múltiplos sentimentos: choque, tristeza, raiva, negação/recusa relativamente ao que está a acontecer e esperança que os médicos se tenham enganado no diagnóstico e que a gravidez continue sem problemas.

A espera dos resultados causa muita ansiedade e angústia. Muitas mulheres recusam-se a aceitar a realidade da gravidez, a sentir o seu bebé, uma vez que vão interromper interrupção da gravidez, a perda do seu bebé imaginado é uma realidade que lhes causa muita tristeza, pesar e dor. A sua auto-estima é afectada, culpabilizam-se pela impossibilidade de gerar um filho saudável, desvalorizam o seu próprio corpo e a sua capacidade de procriação.

A interrupção de uma gravidez por malformação fetal só poderá ocorrer com autorização judicial, no entanto cabe à mulher tomar esta decisão. Segundo as mulheres entrevistadas, esta decisão foi uma das decisões mais difíceis das suas vidas.

Processo de interrupção voluntária da gravidez:

Durante o período de internamento e do processo de interrupção, as mulheres referem dor, mal-estar físico e psicológico. Algumas mulheres demonstram desagrado relativamente ao facto de, durante a interrupção, sentirem dores físicas. No entanto, existem outras que referem ter-lhes sido administrado analgesia.

O internamento é uma experiência dramática e traumatizante, pelo que os profissionais de saúde devem proporcionar, a estas mulheres, um ambiente calmo e de confiança. Estas mulheres referem a necessidade de falar, de expor as suas dúvidas e os seus anseios com profissionais que entendam o que estão a passar e que as compreendam, de forma a quebrar o silêncio e a solidão. A maioria das mulheres entrevistadas refere que o atendimento de enfermagem prestado foi efectuado com qualidade, tendo-se sentido apoiadas e compreendidas.

Outros aspectos referidos como importantes e benéficos foram: ter-lhes sido permitido ficar sozinhas num quarto, longe de outras grávidas, puérperas e bebés e o acompanhamento pelo companheiro, familiares e amigos.

No confronto com a realidade, algumas mulheres não viram o seu bebé mas gostariam de o ter feito; outras viram mas não queriam ter visto e houve aquelas que tinham dúvidas, pelo que preferiram não o fazer, acharam que se vissem o seu bebé, dificultaria o seu luto.

Repercussões/expectativas face ao futuro:

Regresso a casa/ à família - algumas mulheres referem ter sofrido ao contactarem com a realidade; chegar a casa sem o seu filho para cuidar e confrontarem-se com o que já tinha sido comprado para o seu bebé, gerando um vazio, a falta de algo. Para outras representou segurança e apoio, a relação do casal ficou fortalecida e quando existe outro filho, este ajuda a minimizar o sofrimento.

Regresso à vida profissional – algumas mulheres referem-no como sendo doloroso. Para outras, é uma forma de reorganizarem a sua vida, mantendo-se ocupadas e distraídas. A vivência da interrupção da gravidez gera expectativas em relação a futuras gestações: o querer engravidar novamente mas, também, o medo de uma situação similar e vivenciar de novo esta situação.

A interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais está correlacionada com os valores e crenças religiosas da mulher/casal. É fundamental que, ao longo de todo o processo, estas mulheres sejam acompanhadas por uma equipa de saúde multidisciplinar (acompanhamento e assistência psicológica), como referido pelas entrevistadas.

Em termos conclusivos, todas as participantes consideram a interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais uma experiência dolorosa e terrível nas suas vidas, facto que advém de entenderem que perderam um filho, as suas expectativas, planos e sonhos em relação à gravidez e ao seu bebé. Sendo um período marcante na vida da mulher, como enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia devemos estar atentos e disponíveis para cuidar estas mulheres, possibilitando a comunicação e escuta activa.

A pesquisa bibliográfica efectuada, a relação que tivemos com as mulheres e com os seus testemunhos e experiências permitiu o nosso enriquecimento enquanto profissionais e pessoas.

Na realização deste trabalho, sentimos algumas dificuldades devido à nossa pouca experiência relativamente à investigação qualitativa e abordagem fenomenológica. Contudo, estas dificuldades foram ultrapassadas com esforço, investimento pessoal, empenho, interesse pelo tema e pelo apoio/orientação dados, conseguindo atingir os objectivos aos quais nos propusemos.

Este trabalho revelou-se um verdadeiro desafio, tendo-nos motivado a aprofundar conhecimentos no campo da investigação fenomenológica. No entanto, demonstrou-se apenas o início de um longo caminho a percorrer enquanto investigadores.

2. IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES PARA A PRÁTICA, ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

A realização deste trabalho permitiu a compreensão e interpretação das vivências das mulheres. Desta forma, verifica-se que cada vez mais, a importância da prestação de cuidados de enfermagem, bem como a existência de uma parceria entre todos os elementos da equipa de saúde multidisciplinar (enfermeiros, médicos, psicólogos, etc.), que contribui para melhorar a qualidade dos cuidados prestados a estas mulheres.

Em termos práticos, através do relato das suas vivências, podemos verificar os aspectos de maior importância para estas mulheres, de forma a tornarmos a nossa actuação direccionada para as suas necessidades (sentidas pelas descrições efectuadas).

No âmbito da formação em pós-licenciaturas de enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia, ao nível do ensino, os currículos escolares deveriam englobar a formação de conhecimentos acerca de situações específicas (perda e luto na gravidez), quer a nível teórico, quer a nível prático. Os hospitais deveriam também promover e apoiar a formação de profissionais nesta área, bem como o acolhimento e atendimento multidisciplinar na interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais.

Actualmente é imperativo inovar, dando a investigação um dinamismo à prática de enfermagem. Assim, a investigação assume-se uma mais-valia para a enfermagem, um elemento essencial, na medida em que confere visibilidade aos cuidados de enfermagem e permite explicitar o contributo desses profissionais na saúde da população. Os cuidados de enfermagem e a profissão em si ganham imenso com a investigação, não só porque leva ao aumento dos conhecimentos em que os profissionais se baseiam ou organizam a sua prática, como também leva à melhoria da sua capacidade de inovar. Consequentemente, haverá um maior reconhecimento da prática e da profissão de enfermagem pela população, em geral, e pelos restantes profissionais e poderes públicos em particular (Hesbeen, 2000).

Sugerimos a realização de novos estudos nesta área, possibilitando a melhoria dos cuidados prestados e das práticas de enfermagem, com vista a responder às necessidades das mulheres que vivem um momento difícil e complicado da sua vida. Em suma, consideramos este estudo não o fim, mas sim um impulso para a realização de novos estudos nesta área tão importante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, Wilson (2003). *Saúde, Doença e Diversidade Cultural*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Albina, Gomes, Sílvia C. et al. (2003). *Cuidados à mulher e família no luto por morte fetal ou neonatal*. Revista Informar, (31), 48-55.
- Antunes, Mónica S.C. Patrocínio, Carla. (2007). *A malformação do bebé: vivências psicológicas do casal*. Psicologia, saúde e doenças, 8 (2), 239-252.
- Apostolo, João; Gameiro, Manuel. (2005). *Referências Onto-epistemológicas e metodológicas da investigação em enfermagem: uma análise crítica*. Revista Referência, 2 (1), 29-38.
- Azevedo, Anabela A. (2003). *Incontinência Urinária: Impacto no Feminino*. Dissertação de Mestrado - Universidade do Porto, ICBAS.
- Bardin, Laurence. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bayle, Filomena. (2006). *À volta do nascimento*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-249-1.
- Benute, G.R.; Roseli M. et al. (2006). *Interrupção da gestação após o diagnóstico de malformações fetais: aspectos emocionais*. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 28 (1), 10-17.
- Brazelton, T. B., Cramer, B. G. (1993). *A relação mais precoce: os pais, os bebés e a interação precoce*. Lisboa: Terramar. ISBN: 978-972-710-083-5.
- Canavarro, M., C. (2006). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora. 2ª ed. ISBN: 989-558-081-9.
- Cardoso, Alexandrina. (2002). *Aconselhamento no luto*. Revista Sinais Vitais, (41), 29-32.

- Carvalho, Fernanda Torres; Meyer, Laura. (2007). *Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações*. Porto Alegre: Boletim de Psicologia, LVII (126), 33-48.
- Carvalho, Maria Dalva; Valle; Elizabeth. (2002). *A pesquisa fenomenológica e a enfermagem*. Maringá: Acta Scientiarum, 24 (3), 843-847.
- *Código deontológico do enfermeiro– Anotações e Comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Colliere, M., Françoise. (1999). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN: 972-757-109-3.
- Colman, L. L., Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri. ISBN: 972-8047-78-9.
- Coltro, Alex. (2000). *A fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade*. São Paulo: Caderno de pesquisas de administração, 1 (11).
- Costa, Lúcia Ferreira; Hardy, Ellen et al. (2006). *Interrupção da gravidez por anormalidade fetal incompatível com a vida: vivência das mulheres brasileiras*. São Paulo: Questões de Saúde Reprodutiva, I (1), 92-100.
- Correia, Adriana. (1997). *Fenomenologia: Uma alternativa para a pesquisa em enfermagem*. Riberão Preto: Revista latino am. Enfermagem, 5 (1), 83-88.
- Correia, M., Alves, M. (2000). *Análise Psicológica – Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Correia, Maria de Jesus. (1998). *Sobre a Maternidade*. *Análise Psicológica*, 16 (3), 365-371.
- Dias, Ana C.G.; Lopes, Rita C.S. (2003). *Representações de maternidade de mães jovens e suas mães*. Maringá: Psicologia em Estudo, 8, 63-73.

- Edmund, Husserl. (2008). *A ideia da fenomenologia*. Textos filosóficos. Edições 70, Lda. ISBN: 978-972-44-1377-8.
- Fatia, António Jorge. (2008). *Uma mão cheia de nada*. Dissertação de mestrado em estudos sobre as mulheres. Universidade Aberta.
- Ferrari, Andrea Gabriela; Lopes, Rita Sobreira. (2007). *O bebé imaginado na gestação: aspectos teóricos e empíricos*. Maringá: Psicologia em estudo, 12 (2), 305-313.
- Fidalgo, Lurdes. (2003). *(Re) construir a maternidade – numa perspectiva discursiva*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-771-660-1.
- Figueiredo, Amorim Rosa. (2006). *Consentimento para o Acto Médico*. Colectânea Bioética Hoje-XII, Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Fortin, Marie-Fabienne (2003). *O processo de investigação*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- Freitas, Neli Klix. (2000). *Luto materno e psicoterapia breve*. São Paulo: Summus editorial. ISBN: 85-323-0750-7.
- Freixo, Manuel João Vaz. (2009). *Metodologia científica – fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 978-989-659-020-8.
- Gameiro, M. (2003). *A enfermagem Ciência e Arte... e a Investigação*. Referência, (10), 5-15.
- Giorgi, Amedeo. (2006). *Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences*. Análise Psicológica, 3 (XXIV), 353-361.
- Gomes, Albina; Costa, Sílvia et al. (2003). *Cuidados à mulher e à família: no luto por morte neonatal*. Informar, ano IX, (31), 48-55.

- Gomes, Aline Grill; Piccinini, César Augusto. (2005). *A ultrassonografia obstétrica e a relação materno-fetal em situações de normalidade e anormalidade fetal*. Estudos de psicologia, 22 (4), 381-393.
- Graça, L. M. e colaboradores. (2000). *Medicina Materno Fetal 1*. Lidel. ISBN: 972-757-148-4.
- Griloletti, Lúcia Valquíria. (2005). *A influência da ultrassonografia na representação do filho imaginário – filho real*. Porto Alegre: Psicologia, 36 (2), 149-157.
- Hesbeen, Walter. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lusociência: Edições técnicas e científicas, Lda.
- Holanda, Adriano. (2006). *Questões sobre a pesquisa qualitativa e pesquisa fenomenológica*. Análise Psicológica, 3 (XXIV), 363-372.
- Isabel, Dora. (2001). *Aborto espontâneo*. Lisboa: Pais e filhos, (123), 24-28.
- Joaquim, Teresa. (2006). *Cuidar os outros, cuidar de si. Questões em torno da maternidade*. Viseu: Livros Horizonte. ISBN: 972-24-1429-1.
- Kitzinger, Sheila. (1984). *A Experiência do Parto*. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN: 972-8245-25-4.
- Lazure, Hélène (1994). *Viver a relação de ajuda abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Artes Gráficas. ISBN: 972-95399-5-2.
- Leal, Isabel. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de século. ISBN: 972-754-235-2.
- Leão, Paula Ponce. (2006). *Para uma fenomenologia da identidade pessoal*. Análise Psicológica, 3 (XXIV), 279-287.
- Lessard, Michelle. (1994). *Investigação qualitativa – fundamentos e práticas*. Instituto Piaget. Artes Gráficas, Lda. ISBN: 972-9295-75-1.

- Lopes, Manuel José. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Loureiro, Luís Manuel de Jesus. (2006). *Adequação e rigor na investigação fenomenológica em enfermagem – crítica, estratégias e possibilidades*. Referência, II Série, (2), 21-31.
- Loureiro, Luís M. J. (2002). *Orientações teóricas – metodológicas para a aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem*. Revista referência (8), 5-16.
- Lowdermilk, D. L., Perry, S. E., Bobak, I. M. (2002). *O cuidado em Enfermagem Materna*. 5ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 85-7307-787-5.
- Lucas, Patrícia. (1998). «*Querer ser mãe... um longo caminho a percorrer!*». Análise Psicológica, 3 (XVI), 415-421.
- Lynch-Hébert, Judith (1985). *Using a Phenominal Research Method to study Nursing Phenomena*. In Leininger, Madeleine (ed.) (1985) – *Qualitative Research Methods in Nursing*. Grune e Stratton, pp. 93-107.
- Maldonado, Maria T.; Canella, Paulo. (2003). *Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatório e hospitais*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores. ISBN: 85-87148-77-XX.
- Martins, M.F.S.V. (2007). *Mitos e crenças na gravidez*. Edições Colibri. ISBN: 978-972-689-9.
- Mendes, I. M. (2007). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal - contributo para o Estudo de Factores Associados ao seu Desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN: 972-8717-67-9.

- Mézerac, Isabelle. (2005). *Um filho para a eternidade*. Estoril: Principia editora,Lda. ISBN: 972-8818-80-7.
- Morse, Janice M. (1999). *Qualitative Methods: The State of the Art*. Qualitative Health Research, 9 (3), págs. 393-406.
- Moura, Solange M.S.R.; Araújo, M.F. (2004). *A Maternidade na história e a história dos cuidados maternos*. Psicologia: ciência e profissão, 24 (1), 1-15.
- Nascimento, Maria João. (2003). *Preparar o nascimento*. Análise Psicológica, 1 (XXI), 47-51.
- Neder, Mathilde; Quayle, Julieta M.B.R. (1996). *O luto pelo filho idealizado: o atendimento psicológico de casais ante o diagnóstico de malformação fetal incompatível com a vida*, 37-46.
<http://www.infocien.org/Interface/Colets/V01n01a06.pdf>.
- Nery, Inez; Monteiro, C. et al. (2006). *Vivências das mulheres em situações de aborto espontâneo*. Rio de Janeiro, Revista de Enfermagem, 14 (1), 67-73.
- Nunes, Rui Manuel Lopes. (2002). *Bioética e Deontologia Profissional. Colectânea Bioética Hole – IV*. 2ª ed. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Oliveira, Irene. (2004). *Vivências da mulher mastectomizada – Abordagem fenomenológica da relação com o corpo*. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. ISBN: 972-99144-0-0.
- Oliveira, Teresa. (2007). *Teses e dissertações. Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. 2ª edição. Lisboa: Editora RH. ISBN: 972-8871-04-X.
- Patton, Michael Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Sage.
- Phaneuf, Margot (1995). *Relação de ajuda elemento de competência da enfermeira edição do cuidar*.

- Polit, Denise; Beck, Chery et al. (2006). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem – métodos de avaliação e utilização*. 5ª edição. São Paulo: Artmed Editora. ISBN: 85-7307-984-3.
- Queiroz, Ana A.; Meireles, M.A. et al. (2007). *Investigar para compreender*. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda. ISBN: 978-972-8930-38-7.
- Quivy, Raymond; Campenhoudt, Luc Van. (2005). *Manual de investigação em ciências sociais*. 4ª ed. Lisboa: Gradiva. ISBN: 972-662-275-1.
- Raphael-Leff, Joan Raphael. (1997). *Gravidez – a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN: 85-7307-084-6.
- Rato, Paula Isabel. (1998). *Ansiedades perinatais em mulheres de risco e em mulheres com gravidez normal*. Análise psicológica, 3 (XVI), 405-413.
- Rebelo, José Eduardo. (2006). *Desatar o nó do luto*. 2ª edição. Cruz Quebrada: Casas das letras. ISBN: 972-46-1666-5.
- Rolim, Luísa; Canavarro, M. C. (2006). *Perdas e luto na gravidez e puerpério*. Coimbra: Quarteto Editora. 2ª ed, 255-296. ISBN: 989-558-081-9.
- Sá, Eduardo. (2004). *A Maternidade e o bebé*. 2ª edição. Lisboa: Fim de Século.
- Scavone, Lucila. (2001). A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. Cadernos pagu (16), 137-150.
- Setúbal, Maria Sílvia; Barini, Ricardo et al. (2006). *Reacções psicológicas diante da gravidez complicada por uma malformação fetal*. <http://www.barini.med.br/2006/adm/argpub-20062811-101319.SWF>.
- Setúbal, Maria Sílvia; Messias, Tatiana et al. (2006). *Interrupção legal em gestações de fetos com patologias letais: aspectos epidemiológicos e emocionais*. <http://www.barini.med.br/trabalhos/interrup%c7%c3%20legal%20em%20gesta%c7%d5e5%20fetos%20com%20patologias> pdf.

- Silva, A. I., Figueiredo, B. (2005). *Sexualidade na gravidez e após o parto*. Psiquiatria Clínica, 25 (3), 253-264.
- Silva, Laura. (2006). *Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem*. Florianópolis: Texto contexto em enfermagem, 15 (4), 672-678.
- Silveira, Rosa M. G.; Maciel, Juraci C. S. C. (2007). *Vivências da primigesta face à perda de um filho por aborto espontâneo no primeiro trimestre da gravidez*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Soifer, Raquel. (1991). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 5ª edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Spindola, Thelma. (1997). *A fenomenologia e a enfermagem: algumas reflexões*. Ver. Esc. Enf. VSP, 31 (3), 403-409.
- Streubert, Helen; Carpenter; Dona R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-29-0.
- Tereso, Alexandra. (2005). *Coagir ou Emancipar? Sobre o papel da enfermagem no exercício da cidadania das parturientes*. Coimbra: Formasau. ISBN: 972-8485-44-1.
- Terra, Marlene G. et al (2006). *Na trilha da fenomenologia: Um caminho para a pesquisa em Enfermagem*. Texto & Contexto Enfermagem, 15 (4), págs. 672-678.
- Thompson, Ian E; Melia, Kath M; Boyd, Kenneth M. (2004). *Ética em Enfermagem*. 4ª Ed. Loures: Lusociência.
- Turato, E. R. (2005). *Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objectos de pesquisa*. Revista de Saúde Pública, 39 (3), págs. 507-514.
- Van Manen, Max (1997). *Researching lived experience – Human Science for an action sensitive pedagogy*. University of New York Press. ISBN: 0-920354-42-4.

- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: da compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora Unipessoal, Lda. ISBN: 978-975-54-0146-0.
- Watson, Jean. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.
- Worden, J.W. (1998). *Terapia do luto. Um manual para o profissional de saúde mental*. 2ª edição. Porto Alegre: artes Médicas.

ANEXOS

ANEXO I – Guião de orientação das entrevistas

Guião de entrevista

Apresentação pessoal do entrevistador/investigador: nome e profissão

Apresentação do estudo: tema, objectivos.

Pedido de consentimento: apresentar consentimento e informar sobre o respeito pelos princípios éticos, solicitar autorização para a gravação da entrevista.

- Informar da inexistência de obrigatoriedade de participação, ou de responder a todas as questões.

- Assegurar o anonimato, confidencialidade e destruição da gravação no fim do trabalho.

Entrevista nº ____ Data: __/__/__ Hora de início: ____ Hora de Terminar: ____

Identificação do informador:

Idade: ____ Estado Civil: ____ Escolaridade: ____

Profissão: ____ Nº de Filhos: ____ Nº de Gravidezes ____

Objectivos	Questão	Observações
- Descrever as vivências das mulheres que realizam interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais	- Como vivenciou a experiência de ter realizado interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais?	

Nota final:

- Resumir aspectos essenciais
- Agradecer a colaboração
- Providenciar um possível contacto

ANEXO II – Consentimento informado



DEFI

DEPARTAMENTO DE ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

Estudos de investigação Modelo de Consentimento Informado



HOSPITAL GERAL de
SANTO ANTÓNIO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo de investigação

Vivências da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por
malformações fetais

Eu, abaixo-assinado _____

Fui informado de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a um trabalho académico referente a tese de mestrado. O objectivo deste estudo é compreender as vivências das mulheres em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais, tendo como finalidade obter um maior conhecimento da problemática da mulher que vivência a experiência de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais.

Sei que neste estudo está prevista a realização de uma entrevista.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado, e autorizo a realização e gravação da entrevista.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do participante no estudo

Assinatura _____ Data [Ano/mês/dia].

Nome do médico responsável

Assinatura _____ Data [Ano/mês/dia].

ANEXO III – Autorização da comissão de ética

Para: ENF.ª CARLA MACHADO De: PRESIDENTE DO CONSELHO DE
SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA ADMINISTRAÇÃO

Fax: Data: 28 de MARÇO DE 2008

Tel.: Págs.:

Ref.: **N/ REF.º 003/08(002-DEFI/002-CES)** CC:

☒ Urgente ☐ Apreciar p.f. ☐ Comentar p.f. ☐ Responder p.f. ☐ Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Trabalho Académico – “Vivência da mulher em situação de interrupção voluntária da gravidez por malformações fetais”

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª em carta datada de 10 de Janeiro de 2008, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI e da CES, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, no Serviço de Obstetrícia, sendo Investigador Principal a Enf.ª Carla Manuela Bernardo Machado.

Com os melhores cumprimentos,



Presidente do C.A.
F. SOLLARI ALLEGRO

(Presidente do Conselho de Administração)

