

Artigo de Revisão de Literatura

Intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica no luto paterno na morte fetal e neonatal

Midwife's interventions in paternal bereavement in fetal and neonatal death

Elisa Ferreira^{1,2*}, Mariana Fernandes^{1,2}, Ana Rita Siva^{1,2}, Ana Patrícia Silva^{1,2}, Maria Maceiras²

¹ Hospital de Santa Maria, Lisboa. elisa4ferreira@gmail.com, 11marianafernandes@gmail.com, anasilva6799@esscvp.eu, anasilva6123@esscvp.eu

² Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, Área de Ensino de Enfermagem, Lisboa. mmaceiras@esscvp.eu

A gravidez é um período de expectativas, ilusões e sonhos de como será a nova realidade. Quando esta finda numa morte fetal ou neonatal, mães e pais são confrontados com momentos difíceis, um período de grande vulnerabilidade emocional e dor atroz.

Para dar resposta a esta temática, formulámos a seguinte questão: “Quais as intervenções do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) que facilitam o luto paterno no contexto de morte fetal ou neonatal?”. Realizou-se pesquisa em bases de dados (Scielo, RCAAP, Medline Complete, CINAHL Complete e BioMed Central) com a seguinte equação de pesquisa {(Natimorto OR Morte Fetal OR Morte Perinatal) AND (Pai OR Masculino) AND (Luto)}. Após a aplicação de critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 14 artigos.

A vivência do luto é uma experiência complexa, deve ser encarada com sensibilidade. A intervenção do EESMO deve-se basear em estratégias como linguagem adequada, reconhecer a dor, oferecer apoio e intervir junto do pai durante o processo de luto, enquanto indivíduo e não exclusivamente como parceiro da grávida. Estas estratégias devem ser fundamentadas nos fatores que influenciam o luto paterno com base num modelo socioecológico e as estratégias comunicacionais, de acordo com o Protocolo SPIKES. A intervenção deve começar pela escolha de um local que permita uma intervenção individualizada, seguindo-se a apreciação da tomada de consciência e prontidão para receber informação. Deve ser transmitida informação clara, validando a sua compreensão, demonstrando empatia perante a má notícia e investindo na redução da ansiedade paterna, definindo um plano futuro.

Pregnancy is a period of expectations, illusions, and dreams of what the new reality will be like. When it ends in fetal or neonatal death, parents are faced with difficult moments, a period of great emotional vulnerability and a great pain.

To address this topic, the following question was formulated: "What are the midwife interventions facilitate paternal grief in the context of fetal or neonatal death?". A search was carried out using databases (Scielo, RCAAP, Medline Complete, CINAHL Complete e BioMed Central) with the following equation {(Stillbirth or Fetal Death OR Perinatal Death) AND (Father or Male) AND (Bereavement)}. After applying inclusion and exclusion criteria, 14 articles were selected.

Bereavement is a complex experience, which should be faced with sensitivity. The midwife intervention should be based on strategies such as appropriate language, recognizing pain, offering support, and intervening with the father during the bereavement process, as an individual and not exclusively as the partner of the mother. These strategies should be based on factors that influence paternal grief based on a socioecological model and communicational strategies, according to the SPIKES Protocol. The intervention should begin by choosing a location that allows for an individualized intervention, followed by an appreciation of awareness to receive information, which should be transmitted clearly. One must validate fathers' understanding and demonstrate empathy in the face of bad news. Finally, investment should be made to reduce paternal anxiety and define a plan for the future.

PALAVRAS-CHAVE: Natimorto; morte fetal; morte perinatal; pai; luto; parteira; enfermeiro obstetra.

KEY WORDS: Stillbirth; fetal death; perinatal death; fathers; bereavement; midwife, obstetric nurse.

Submetido em 11.01.2023; Aceite em 13.03.2023; Publicado em 04.05.2023.

* **Correspondência:** Elisa Ferreira

Email: elisa4ferreira@gmail.com

INTRODUÇÃO

O processo de gestação traz alegrias, ilusões e sonhos, conduzindo à construção de planos familiares. A maternidade está associada às fantasias e sonhos construídos pelos pais em relação ao filho que irá nascer, tornando-se um acontecimento marcante na história do casal. Mas quando os sentimentos de alegria são interrompidos pelo diagnóstico de morte fetal, este processo de luto, torna-se singular uma vez que significa a vivência da perda de alguém que não nasceu, ou seja, que não viveu fora dos limites do corpo materno¹.

Luto é o termo utilizado para explicar as experiências de quem perde um ente querido, após a sua morte², sendo esta um encontro com elementos desconhecidos, incontáveis e temidos³. Perder um filho não é natural, é indescritível³ e a confirmação da morte fetal é apenas o início de um processo longo e árduo que é o luto parental. Os pais/mães criaram expectativas para o bebé, sendo que a dor da perda aumenta devido à incerteza, à solidão e ao choque⁴. Especialmente no caso de morte anteparto, onde a dor emocional está relacionada com o dar à luz um bebé sem vida⁴.

A mortalidade fetal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE)⁵, divide-se em três

subcategorias: mortalidade fetal precoce (antes das 22 semanas de idade gestacional), intermédia (entre as 22 e 28 semanas de idade gestacional) e tardia (idade gestacional igual ou superior a 28 semanas). Os dados referentes ao ano de 2020 contabilizaram 282 óbitos somando as três subcategorias supramencionadas⁵. Destaca-se que este valor poderá não contabilizar todos os óbitos fetais considerando que a obrigatoriedade de registo pelo Código do Registo Civil, e de acordo com as respetivas indicações específicas, aplica-se apenas a partir das 22 semanas de idade gestacional⁵. A mortalidade perinatal inclui a mortalidade fetal tardia e a mortalidade neonatal precoce (até aos sete dias de vida), sendo que são apresentados 283 óbitos (186 óbitos fetais tardios e 97 óbitos neonatais precoces)⁵. Por fim, contabilizaram-se 141 óbitos neonatais, ou seja, do nascimento até aos 28 dias de vida.

Compete ao enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica (EESMO) a intervenção com o intuito de assistir a mulher e pessoa(s) significativa(s) no processo de luto decorrente de aborto, perda fetal ou neonatal⁶.

A vivência do luto paterno é extremamente complexa^{2,7}, tendo em conta as expectativas sociais atribuídas ao homem enquanto cuidador racional, ativo e forte da mulher em luto, não havendo lugar para a demonstração dos seus próprios sentimentos³. Reconhece-se a necessidade de investir neste tema pouco estudado^{2,8} e de explorar a comunicação sobre emoções e sentimentos com os elementos masculinos do casal que, muitas vezes, de acordo com a nossa experiência profissional, passam despercebidos ou são esquecidos pelos profissionais de saúde durante o período da gravidez e pós-parto, na sua globalidade. Consideramos que esta realidade é um momento de elevada vulnerabilidade para ambos, em que por norma, a atenção é dirigida para a mulher, para a sua perda e para o homem enquanto elemento de apoio à mulher. A reflexão sobre esta problemática

relaciona-se com o impacto de um comentário de um pai que, perante uma situação de morte fetal, referiu “*sentir-se invisível*”. Assim, considera-se que outros homens podem ter partilhado este sentimento, mas provavelmente não o verbalizaram.

Este artigo tem como objetivo mapear a evidência científica sobre a vivência do luto paterno no óbito fetal e neonatal, identificando as estratégias adotadas pelo ESSMO como facilitadoras na vivência do luto paterno.

METODOLOGIA

Reconhece-se a existência de diferentes configurações familiares. O presente artigo pretende focar-se na perspetiva do pai no contexto de um casal heterossexual. Portanto, para efeitos do presente trabalho, o termo plural pais dirá respeito aos progenitores masculinos e não ao conjunto do casal, ou seja, enquanto plural do termo “pai”.

Para dar resposta à questão de investigação “Quais as intervenções do EESMO que facilitam o luto paterno no contexto de morte fetal ou neonatal?”, foram utilizados descritores MeSH/DesC, nomeadamente, Stillbirth (Natimorto), Fetal Death (Morte Fetal) e Perinatal Death (Morte Perinatal); Fathers (Pai) e Male (Masculino) e, por fim, Bereavement (Luto). Realizou-se pesquisa nas Bases de Dados em acesso livre e reservado, nomeadamente: Scielo, RCAAP, Medline Complete (EBSCO), CINAHL Complete (EBSCO) e BioMed Central com a equação de pesquisa {(Natimorto OR Morte Fetal OR Morte Perinatal) AND (Pai OR Masculino) AND (Luto)}. A mesma equação foi utilizada com os descritores em inglês (Tabela 1). Aplicou-se restrição temporal de cinco anos e a pesquisa foi limitada a português e inglês. Foi realizada pesquisa durante o mês de abril de 2021.

Tabela 1 – Fatores de risco dos doentes em estudo

Equação de pesquisa: {(Natimorto OR Morte Fetal OR Morte Perinatal) AND (Pai OR Masculino) AND(Luto)}; {(Stillbirth OR Fetal death OR Perinatal death) AND (Father OR Male) AND(Bereavement)}			
Referência	Título	Autores	Ano
4	Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study.	Camacho-Ávila M, Fernández-Sola C, Jiménez-López FR, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Martínez-Antero L, Hernández-Padilla JM.	2019
8	The impact of perinatal loss on parents and the family.	Clossick E.	2016
9	The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review.	Due C, Chiarolli S, Riggs DW.	2017
11	Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study.	Smith LK, Dickens J, Atik BR, Bevan C, Fisher J, Hinton L.	2020
12	Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model.	Obst KL, Due C, Oxlard M, Middleton P.	2020
15	Reproductive Loss: Giving Permission to Grieve.	Fredenburg M.	2017
17	Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better?	O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K.	2016
19	Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study.	Martínez-Serrano, Paloma; Palmar-Santos, Ana M ^a ; Solís-Muñoz, Montserrat; Pedraz-Marcos, Azucena; del Pliego-Pilo, Gema; Alarcón-Diana, Ma Paz; Álvarez Plaza, Consuelo	2018
29	Parents' experiences of clinical care during second trimester miscarriage.	Cullen S, Coughlan B, McMahon A, Casey B, Power S, Brosnan M.	2018
30	"The communication and support from the health professional is incredibly important": A qualitative study exploring the processes and practices that support parental decision-making about postmortem examination.	Lewis C, Riddington M, Hil M, Bevan C, Fisher J, Lyas L, Chalmers A, Arthurs OJ, Hutchinson JC, Chitty LS, Sebire N.	2019
31	What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-	Farrales LL, Cacciatore J, Jonas-Simpson C, Dharmasi S, Ascher J, Klein MC.	2020

	based participatory study.		
33	The experience of mothers and fathers in cases of stillbirth in Spain.	Martínez-Serrano P, Palmar-Santos AM, Solís-Muñoz M, Álvarez-Plaza C.	2019
35	The place of faith for consultant obstetricians following stillbirth: a qualitative exploratory study.	Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K.	2016
36	The Spiritual and Theological Challenges of Stillbirth for Bereaved Parents.	Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K.	2017

Os critérios de elegibilidade incluíram artigos disponíveis em texto integral, que abordassem a temática do luto paterno no contexto de morte fetal (independentemente da idade gestacional) ou neonatal precoce e as respetivas intervenções de enfermagem. No que diz respeito a critérios de exclusão, não foi incluída evidência científica sobre interrupções da gravidez independentemente da idade gestacional. Esta pesquisa resultou em 14 artigos, sendo cada um analisado por dois investigadores. Foi também incluída literatura cinzenta.

A maioria dos estudos destaca o papel dos pais enquanto apoio à mulher e os cuidados de saúde na perda gestacional tendem a ser focados na mesma, desconsiderando o pai enquanto pessoa a precisar de cuidados de saúde e apoio no processo de luto^{2,8,9}. Tal apresenta-se como uma limitação, uma vez que a maioria da evidência científica não explora a perspetiva paterna de forma exclusiva.

Houve dificuldade em encontrar evidência científica sobre o tema do luto paterno numa idade gestacional (IG) específica, considerando os diferentes conceitos sobre perda fetal disponível. Para contextualizar o tema, foram usados alguns artigos cujos temas são mais abrangentes (perdas gestacionais mais precoces ou perdas neonatais). A título de exemplo, natimorto, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), são perdas gestacionais com IG igual ou superior a 28

semanas¹⁰, o que coincide com os descritores MeSH/DeCS. Porém, a definição não é consensual, por exemplo, de acordo com outro autor¹¹, no Reino Unido, os nascimentos com pelo menos 24 semanas, sem sinais de vida, são registados como natimortos. Assim, para efeitos do presente trabalho e considerando que o impacto da IG na perda gestacional não é claro¹², optou-se por incluir bibliografia sobre a perda gestacional, natimortos e perda neonatal, ou seja até aos 28 dias de vida.

Não foram encontrados estudos que representem a realidade da perda gestacional da perspetiva paterna na realidade portuguesa, o que constitui uma limitação do presente trabalho.

O LUTO PATERNO

O termo família pode ter diferentes conotações que variam entre culturas, tempos históricos e até mesmo de pessoa para pessoa. As famílias são a fundação de uma sociedade, fornecem um local seguro para emoções e apoio para um crescimento e desenvolvimento saudáveis ou podem ser fonte de *stress*, conflito, abuso, entre outros. Para muitas pessoas, começar uma família inicia-se com a notícia da gravidez. A fertilidade, a gravidez, o parto e o nascimento implicam uma transição para a parentalidade ao serem assumidos novos papéis e identidades, ao surgirem novas e vastas emoções, ao haver alterações de relações prévias e o início de

novas relações. Assim, as vidas das pessoas são permanentemente alteradas¹³.

A cultura e a sociedade são fatores que influenciam a identidade paterna e a noção de se tornar pai. A paternidade tem origem na ligação precoce entre o homem e o futuro filho. A identidade do homem enquanto pai desenvolve-se durante a gravidez devido ao envolvimento precoce e respetiva participação durante a mesma². Muitos ainda investem, como forma de preparação para a parentalidade, na preparação do quarto do bebé, mudanças a nível profissional e passar tempo com o bebé através da barriga da mãe¹³.

A vinculação que ocorre durante a gravidez é um momento único, por isso, quando confrontados com a perda dos seus filhos, os pais não só sofrem pelas experiências que eles vivenciaram durante o período pré-natal, mas também com o tempo que dedicaram a planear as suas vidas com os seus bebés^{2,13}. Para muitos homens, a transição para a paternidade ocorre no parto, quando o bebé se torna real, quando podem tocar, ver e sentir os seus filhos. Quando ocorre uma perda gestacional ou neonatal, o momento em que se tornam verdadeiramente pais é também um momento de contacto com a morte. Muitas vezes, os seus sonhos, desejos e investimento emocional para com o bebé não são valorizados³.

O luto pessoal e individual quando envolve bebés é geralmente mais profundo e duradouro. É uma experiência dolorosa, chocante e não prevista, estando envolvidos processos de sofrimento físico, emocional e psicológico². A cultura tem um papel fulcral na vivência humana e influencia a forma como o homem interpreta, compreende e expressa as suas emoções^{3,8}. As expectativas de como o homem deve agir e do luto paterno são socialmente construídas. Os estereótipos sociais podem variar entre sociedades sendo que alguns elementos são generalizados².

Ao longo do crescimento, a sociedade molda a expressão emocional, criando diferenças na maneira como vivem os seus sentimentos e cumprem os seus papéis sociais e de género³. Às meninas é-lhes atribuída fragilidade e aos meninos é-lhes dito que os homens não choram. Estes interiorizam que pedir ajuda é sinal de fraqueza, que devem ser racionais e fortes ao invés de viver de forma intuitiva. Embora estes sejam paradigmas em mudança, há falta de espaço social para expressarem a sua perda e a tendência é assumir que não a sentem³. Contudo, os homens podem sentir choque, raiva, confusão, sentimentos de culpa, frustração, medo, evitação, tristeza, dor, irritação, mágoa, preocupação, impotência, entre outros^{2,3}. Destaca-se o medo da perda, dos momentos seguintes, e de uma nova gestação. Estes sentimentos contrastam com a antecipação e entusiasmo em tornarem-se pais².

A perda tem impacto na relação conjugal, podendo fortalecer a relação ou mudá-la, tornando-a mais difícil³. Tanto pais quanto mães atravessam um período de dor após a perda gestacional e perda da expectativa de se tornarem pai e mãe¹⁴: perderam sonhos, fantasias, desejos quando confrontados com a morte do seu bebé. Perderam também o futuro, alegrias, sucessos, desafios, vê-los a crescer e o amor³.

Uma boa relação conjugal é uma fonte de apoio importante para o casal, tendo como elementos vitais ao relacionamento conjugal e relação amorosa, a intimidade e a satisfação sexual¹⁴. Os homens sentem obrigação e necessidade de dar atenção especial às mães e cuidar das mesmas, colocando-se e referindo-se como estando em segundo plano e não tendo as suas próprias emoções como prioridade. Esta perceção é influenciada socialmente pelos amigos e familiares³. Os pais interiorizam as normas sociais, tentam não perturbar a mãe em luto e não expressam os seus sentimentos, pelo que vivenciam a perda de forma solitária³, tendem a estar mais desconfortáveis a expressar-se sobre a sua ansiedade, em chorar

abertamente e mostrar vulnerabilidade perante a perda gestacional².

Exacerba esta vivência masculina, o facto de se sentirem marginalizados pelos profissionais de saúde, que se focam em confortar a mãe e ignoram a presença paterna^{2,8}. Embora não seja visível, a morte é devastadora para os pais e o seu sofrimento tende a ser esquecido, bem como os sentimentos de perda, as emoções, os rituais culturais e a necessidade de apoio emocional^{2,3,8}. Referem querer chorar, sentirem-se dormentes, afastarem-se e sentirem sintomas de depressão, alguns podem inclusive afirmar não saber como continuar as suas vidas¹³. Os pais escondem-se e divergem a sua atenção através de estratégias de *coping*, que podem aumentar ou reduzir o seu sofrimento². Portanto, não se pode assumir que o pai está a gerir bem o processo de luto, visto que comportamentos estoicos podem mascarar o sofrimento real² e negar os seus sentimentos para cuidar de outra pessoa, pode complicar o processo de luto³. É possível que o sofrimento seja tão profundo nos pais como nas mães, mas expresso em fases diferentes. O luto inicial é vivido de forma diferente nas mães, enquanto nos pais a sua intensidade aumenta com o aproximar da celebração dos aniversários de morte¹⁵.

Para compreender a vivência do luto paterno recorreu-se ao Modelo Sócioecológico do luto masculino, relativo à perda fetal ou neonatal⁹. Este modelo foi desenvolvido por um grupo de autores⁹, baseados na Teoria dos Sistemas Ecológicos desenvolvida por Urie Bronfenbrenner¹⁶. Verifica-se que a experiência do luto é individual, no entanto esta pode ser também influenciada por fatores sociais, interpessoais, comunitários e por fim, fatores de política pública¹².

Os fatores pessoais que influenciam o luto paterno estão relacionados com o vínculo em relação ao bebé, sendo que a influência da idade gestacional não é clara¹²⁻¹³, a personalidade individual, os

fatores demográficos, as perdas anteriores ou recorrentes, a existência de filhos vivos¹², religião e espiritualidade³.

Como fatores interpessoais são referidos: a qualidade da relação do casal; o papel do homem enquanto apoio à parceira; a mulher como base de apoio ao pai em luto; o apoio da família e dos profissionais de saúde e seu reconhecimento sobre a perda^{3,12}, bem como grupos de apoio³.

Os fatores comunitários são o papel de género dos homens e a expectativa social do seu luto, tal como a falta de reconhecimento social da perda fetal. Por fim, os fatores de política pública focam-se no apoio à maternidade, mais a nível das mulheres, bem como nas políticas de trabalho e na existência de licença de nojo¹².

Na Tabela 2 apresentam-se algumas intervenções relacionadas com os fatores supramencionados. A intervenção do profissional de saúde está intrinsecamente conectada às estratégias de comunicação. Destaca-se a importância da formação contínua, nomeadamente a aquisição dessas estratégias comunicacionais, em luto, em espiritualidade, em crenças e fé. Sendo também importante para os serviços e para o correto seguimento destes pais, a criação de uma equipa de cuidados multidisciplinar do luto¹⁷. No capítulo seguinte, pretende-se abordar estas estratégias comunicacionais durante o diálogo com os pais que sofrem perda gestacional ou morte neonatal.

Tabela 2 – Intervenções de Enfermagem no luto paterno.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
COMUNICAÇÃO	-Adequar postura ²⁰ ;
	-Ter em atenção a comunicação não verbal na comunicação de más notícias, durante o período expulsivo bem como durante fase de recobro e internamento ^{19,34} ;
	-Praticar a escuta ativa e postura empáticas ² ;
	-Adequar terminologias mediante o casal ¹³ ;
	-Evitar linguagem desadequada para denominar o bebé, bem como procurar linguagem adequada para anunciar a morte fetal para os pais e mães ¹³ ;
	-Dar espaço para abordar rituais e crenças paternas e maternas e apoiar na tomada de decisão, que vá de encontro aos objetivos delineados ¹² ;
	-Evitar fazer referências à possibilidade de ter outros filhos ¹⁹ ;
	-Proporcionar ambiente de apoio por parte de toda a equipa multidisciplinar ¹² ;
	-Procurar dar espaço aos pais para expressar o seu sofrimento, e centrá-los também nos cuidados de enfermagem (não se focar apenas na perda materna) ² ;
	-Promover o uso do Protocolo SPIKES na equipa multidisciplinar ^{20,22} ;
	-Evitar desvalorizar o luto ou a perda. De forma breve e sincera expressar os seus pêsames ¹³ .
NÍVEL PESSOAL	-Gerir expectativas do casal de antemão ³² ;
	-Adequar a realização de rituais mediante a idade gestacional e crenças paternas ³² ;
	-Respeitar decisões individuais sobre querer ou não certos rituais, tendo em consideração que não é sempre positivo para todos os pais e mães ⁴ ;
	-Respeitar o desejo de batizar o bebé (ou outros rituais), uma vez que facilita o processo de luto e transmite aos pais que existe reconhecimento dos seus filhos ⁴ , respeitar as decisões sobre cuidados ao corpo, nomeadamente, velório, funeral, enterro ou cremação ⁴ , permitindo a escolha do local de descanso eterno, considerando que pode ajudar os pais e mães a criar uma ligação a longo prazo com os seus bebés ³⁻⁴ ;
	-Pedir a presença de capelães, quando tal seja da vontade dos pais e mães ³⁵ ;
	-Aconselhar e incentivar a preservação de memórias do filho ³²
	-Respeitar opções dos pais e mães ¹² , como por exemplo, criar caixa de memórias ⁴ , guardar fotografias do filho ⁴ , manter <i>clamp</i> cordão umbilical ¹² , roupa do bebé ¹² , fazer molde das mãos e pés ¹² , momento de trocas com a mãe do bebé ⁴ ou outros momentos simbólicos para os pais e mães ⁴ ;
	-Facilitar a despedida dos pais e mães em relação aos seus bebés, portanto conceder tempo, espaço e ambiente para contacto com o bebé pós-morte ^{3-4,32} ;
	-Fornecer informações sobre o estado do bebé antes de o entregar ao casal, ou seja, preparar o casal para ver produtos da conceção de acordo com o desenvolvimento e idade gestacional ³² ;
	-Possibilitar aos casais que queiram ver o filho que o façam, considerando que este momento permite <i>closure</i> (encerramento, término), facilitando o processo de luto no sentido em que, quando não o fazem emergem mais sentimentos de culpa. No caso de malformações graves permite a tomada de consciência da inviabilidade ³² ;
	-Mostrar sentimentos de compaixão enquanto são prestados cuidados ao produto resultante da perda, durante o período expulsivo (mostrar compaixão perante o feto morto e adequar

	<p>postura demonstra ao casal que existe preocupação e demonstra que o seu bebé é tratado com dignidade)³²;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Proporcionar momentos de partilha e de recordação/memória³²; -Aconselhar na tomada de decisão no que toca a autópsia, visto que permite diminuição de sentimentos de culpa e melhorar a transição do luto por parte do casal³². Devem ser fornecidas informações sobre o processo de autópsia, nomeadamente, que pode ser um processo demorado, que os resultados poderão ser inconclusivos e como são feitos os contactos após a autópsia^{4,32}. -Preparar para alta e referenciar para a equipa multidisciplinar³²; -Desaconselhar bebé substituto³²;
NÍVEL INTERPESSOAL	<ul style="list-style-type: none"> -Incentivar adesão a grupos de partilha (ler ou ouvir histórias semelhantes traz conforto aos pais e mães)³²; -Incentivar pais e mães na busca de apoio em grupos de suporte comunitário (caso pertença), como por exemplo grupo religioso^{2,32}; - Procurar criar panfletos ou livros de bolso, sobre o luto, histórias/narrativas semelhantes e referência a grupos de suporte intra-hospitalar ou extra-hospitalar³²; -Promover recursos de saúde para que os pais possam ter espaço individual ou de partilha para processar o luto¹³; - Incentivar comunicação entre o casal³²; - Promover comunicação conjugal (partilha entre casal e não somente ser o pai a providenciar ajuda à mãe)¹⁴.
NÍVEL COMUNITÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> -Alterar a mentalidade social sobre perda e luto¹²; -Desconstruir estereótipos sociais²; -Desafiar normas sociais sobre “<i>masculinidade</i>”²; -Promover resiliência e a procura de ajuda para o processo de luto¹²; -Promover um ambiente no qual os pais sintam que chorar e desabafar não é um momento de fraqueza^{23,13}.
POLÍTICAS PÚBLICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Criar políticas de trabalho que validem e permitam que o homem se envolva durante a gravidez, parto e no momento da perda, se tal ocorrer¹²; -Possibilitar / oferecer declarações de internamento e baixa de acompanhamento da gravidez e situações de luto para os pais (uma vez que a licença é só para a mãe)³; -Criar normas de manipulação e disposição honrosa do produto da concepção, especialmente em idades gestacionais precoces porque habitualmente o produto resultante da expulsão é desperdiçado como produto residual hospitalar, por não ser identificado como ser humano, ou seja, permitir aos pais e às mães escolher o destino do feto e proporcionar opções de rituais e homenagem privativos³². Muitas vezes o ato de negação, da parte dos serviços de saúde, de um ritual fúnebre apropriado leva a sentimentos de tristeza e raiva³⁶.

INTERVENÇÃO DO EESMO PERANTE MORTE FETAL OU NEONATAL

Receber cuidados individualizados de parteiras e médicos é uma fonte de conforto para pais e mães⁴. Desta forma, os profissionais de saúde que cuidam diretamente de casais nestas circunstâncias devem reconhecer não só o luto materno, mas também o luto paterno¹⁸. Devem estar conscientes que as mães, assim como os pais são muito sensíveis às suas mensagens tanto verbais como não verbais, podendo estas contribuir para melhorar a experiência de perda¹⁹. A comunicação não verbal e o contacto físico são importantes, assim como respeitar os períodos de silêncio, que podem ser uma estratégia importante para permitir aos pais e mães expressar as suas preocupações e necessidades, sem pressão¹⁹.

Para alguns pais a perda pode significar tornarem-se pessoas melhores, originar mudanças de perspetivas, amadurecer e aprender. Enquanto para outros pode levar à exacerbação de sentimentos negativos. É importante ouvir as experiências destes homens, uma vez que pode ser terapêutico e trazer benefícios para a sua saúde³. Os pais admitem perceber o esforço dos profissionais de saúde no reconhecimento das suas necessidades e destacam o seu papel positivo no apoiar e legitimar da paternidade, no reconhecimento do bebé enquanto ser individual e na preservação de memórias. Também de referir que consideram como aspetos negativos a desvalorização, tratamento insensível e desrespeito perante a morte do bebé, tal como a maneira como o bebé é apresentado e tratado de forma pouco digna².

Assim, é necessário intervir em vários níveis para além das estratégias individuais de apoio no luto. O apoio individualizado para os pais é fundamental, bem como a discussão de alguns desafios específicos¹². Salienta-se que os profissionais, antes de comunicar más notícias, devem refletir sobre os

seus sentimentos, medos e ansiedades de forma a identificá-los e controlá-los, uma vez que a comunicação é um elemento-chave na abordagem de pais e mães em contexto de óbito fetal ou neonatal e no potenciar da elaboração e integração do luto; quando é inadequada pode causar sentimentos de desamparo³.

Dado que este artigo aborda a comunicação com o pai num momento muito delicado, tal como a morte fetal ou neonatal, recomenda-se a aplicação do Protocolo SPIKES enquanto ferramenta de apoio (Tabela 2). Este protocolo foi desenvolvido para auxiliar estudantes e profissionais na comunicação de más notícias e apresenta seis etapas (*Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy e Summary*). Embora seja frequentemente associado à transmissão do diagnóstico de doenças terminais²⁰ e/ou oncológicas²⁰⁻²², a má notícia é transversal a outras situações, sendo traumatizante para quem a vivencia²⁰.

Este protocolo já foi previamente abordado na área da saúde materna e obstétrica, nomeadamente, na formação de profissionais na comunicação de más notícias no âmbito da obstetrícia²³, em artigos sobre estratégias de comunicação em situações de aborto espontâneo²⁴ e na transmissão de más notícias por ecografistas²⁵⁻²⁷. Existe uma tese sobre a utilização deste protocolo por enfermeiros no contexto da procriação medicamente assistida²⁸ e uma comunicação oral focada na comunicação pré-natal com pais e mães quando se prevê um parto pré-termo²¹.

O primeiro passo conhecido como configuração (*Setting up*), refere-se à preparação do profissional e do espaço físico onde se vai desenrolar o diálogo²⁰. O local ideal para este contacto é um espaço individualizado, no qual deve existir a partilha de informação envolvendo, não só a mulher, mas também a pessoa significativa consoante a sua decisão, nomeadamente o pai, uma vez que esta interação pode ser um processo facilitador do luto⁴.

Ambos os elementos devem estar sentados sem barreiras entre os dois, só então se deve dar início à comunicação, procurando sempre manter o contacto olhos-nos-olhos, toques (se ambos confortáveis) e gerir restrições temporais, bem como interrupções²⁰.

O apoio e recursos de saúde disponibilizados aos pais podem ser insuficientes e inadequados, não lhes é dado espaço para processar o luto, o que pode ter efeitos a longo prazo¹³. Um estudo, no qual o foco era compreender quais os cuidados valorizados pelos casais que experienciaram perda gestacional, refere que cerca de um quarto dos seus participantes não só sentiu que houve apoio insuficiente, mas também falta de tempo e privacidade durante a comunicação da sua perda gestacional. Cerca de 20% referiu que não se recordava que o profissional de saúde comunicou estas notícias e apenas 38% dos participantes receberam informações escritas sobre a situação¹⁷.

De seguida propomos falar do segundo passo, percepção (**Perception**), e terceiro passo (**Invitation**), enquanto o inicial se refere à tomada de consciência da situação, o último procura entender quanto a pessoa deseja saber sobre a mesma²⁰. Existem casos, nos quais o casal pode não querer saber o que aconteceu e não querer falar do assunto¹⁸. No entanto, muitos pais e mães descrevem o desejo de perceber o porquê da sua perda, uma vez que estas conclusões poderão auxiliá-los no seu processo de luto²⁹. Apesar de não poder ser colocada esta questão de forma rotineira e direta, os pais devem debruçar-se sobre a autópsia em casos de perda em idade gestacional avançada³⁰. Nestes casos os profissionais de saúde devem adotar posturas e intervenções adequadas (Tabela 2).

Seguidamente, o quarto passo (**Knowledge**) será o da transmissão da informação concreta. Recomenda-se a transmissão de informações de forma clara, sincera, sensível e objetiva, sem recorrência a termos técnicos, validando

simultaneamente se a pessoa está a compreender o transmitido²⁰. Numa gravidez precoce, os pais e mães começam a imaginar os seus filhos e a vida que terão juntos. Porém, nem sempre os cuidados de saúde que recebem, refletem o que sentem quando a vinculação é interrompida pela perda fetal, nomeadamente, receber a notícia com frases como “*Desculpe, não há batimento cardíaco*” ou “*Peço desculpa, não há nenhum feto aqui*”. Tais afirmações são chocantes, ferem os seus sentimentos e são consideradas falta de respeito. O uso do termo “*feto*” não reconhece os seus filhos enquanto pessoas. Ou seja, existe incongruência entre as expectativas dos profissionais de saúde e a forma como os pais e mães experienciam a perda fetal¹³.

No quinto passo (**Emotions**), é esperado que se responda de forma empática à reação da pessoa a quem foi comunicada a má notícia³. Os pais que iniciam o seu processo de vínculo com seus filhos, iniciam a transição para a parentalidade. Porém, aqueles que sofrem perda fetal ou neonatal, não têm o marco mais importante da parentalidade - os seus filhos para cuidar¹³. Assim, comentários inapropriados como referir-se à perda como o melhor que podia ter acontecido (fazendo referência a doenças ou outras complicações) trazem revolta e não contribuem para o processo de luto. Reforçam sentimentos de incompreensão face ao seu sofrimento e sentem que a sua perda e consequente luto não são reconhecidos³. A linguagem e as palavras carregam imenso significado, deste modo, os pais e mães devem ser questionados diretamente sobre que palavras querem que sejam usadas em relação ao bebé que perderam¹³.

É necessário reconhecer que os bebés são únicos, especiais e seres individuais que nunca serão substituídos por outras crianças, tanto existentes quanto futuras¹³. Reconhecer o bebé como fisicamente bonito ajuda a gerir os medos dos pais em ver o corpo do bebé³¹.

O sexto e último passo (**Strategy** e **Summary**) centra-se na diminuição da ansiedade da pessoa e revela o plano futuro²⁰. Um dos temas que sobressaiu num estudo realizado em Espanha com pais que sofreram perda gestacional a partir das 24 semanas de IG, é que pais e mães precisam de dar uma identidade aos bebés enquanto elemento da família^{4,32}. O reconhecimento da identidade do bebé enquanto um ser humano legitima o homem enquanto pai^{2,31}. Por este motivo, há necessidade de linguagem adequada em referência ao bebé e o termo “feto” é um termo considerado derogatório, que gera dor e sofrimento⁴, ou seja, é importante evitar mal-entendidos devido ao uso de terminologias médicas e ter em consideração a sensibilidade cultural².

Outros autores referem ainda que o termo feto, bem como produtos de concepção, aborto, nado-morto demonstram falta de humanização, distanciamento e despersonalização. Usar o nome do bebé era uma forma de reconhecimento do mesmo e da relação com pais e mães^{11,13,31}. Alguns pais e mães preferiam usar alcunhas, outros que o nome próprio fosse usado. Porém, é importante ter em consideração que para algumas pessoas tal pode ser considerado demasiado pessoal e podem preferir termos genéricos como “bebé” ou “filho”. Os pais e mães preferem o uso de terminologia como “ter um bebé” ou “perder um bebé”¹¹. A referência a nado-morto pode ser substituída por “nascer a dormir” ou “nascido com asas”. Utilizar a linguagem que os pais preferem mostra respeito pela sua situação e pelo seu bebé¹³.

Deve-se evitar questionar diretamente o casal sobre a sua gravidez e situação familiar, frases como “Este é o seu primeiro filho? Tem algum filho? Quantos filhos tem?” não devem ser usadas. Estas perguntas podem ser consideradas ambíguas tanto para pais/mães que considerem ter perdido filhos, quanto para pais/mães que não considerem. Assim, sugere-se utilizar frases como “Quantos filhos vivem

consigo em sua casa? Quantos filhos biológicos têm (vivos ou falecidos)?”¹³.

Muitas vezes os profissionais de saúde tentam adequar o seu discurso à situação em questão, no entanto, e apesar de serem proclamadas na melhor das intenções, frases como “Eu sei como se sente” ou “Eu entendo aquilo pelo qual está a passar” devem ser evitadas¹³. Outros comentários prejudiciais incluem ouvir que não tiveram tempo para se vincular ou que terão outros filhos³ e referir afirmações tais como: “Vocês vão ter outro filho”³¹ ou que “é melhor quando a perda decorrer durante a gravidez do que depois do parto”, fazem-nos sentir incompreendidos³³. Para além de que uma nova gravidez traz o medo da perda e o luto pelo bebé que faleceu³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A morte fetal e neonatal tem um efeito devastador em quem a vivencia, é viver um processo emocional difícil, uma perda insubstituível. Trata-se de uma temática que gera sentimentos díspares e contraditórios nos pais face a um momento tão angustiante nas suas vidas. Esta é uma vivência emocionalmente bastante complexa para todos os envolvidos que precisa de ser reconhecida socialmente e ser tratada com a devida atenção, disponibilidade e sensibilidade. As perdas gestacionais e neonatais devem ser abordadas de uma perspetiva racional, mas também emocional e espiritual.

Atualmente ainda está muito enraizado na nossa cultura a mulher assumir o papel principal na maternidade e muitas das vezes o pai ser descurado. Os pais procuram dar apoio às suas parceiras, desvalorizando os seus próprios sentimentos e por vezes, a sua perda. Estes, por vezes, são esquecidos, por parte das equipas de saúde. Como tal, o EESMO tem um papel importante na promoção

de cuidados de qualidade a pais que perdem os seus filhos. É necessário compreender a perspetiva biopsicossocial paterna com base no Modelo Socioecológico do Luto Paterno, nomeadamente, como a perda de um filho tem impacto físico e mental, para permitir a adequação de intervenções e recursos adequados às suas necessidades, nos diferentes domínios. A falta de recursos pode contribuir não só para a visão cultural que a perda neste período não é um problema, mas também para o reforço negativo do luto, correndo estes um elevado risco de luto patológico. Como tal, é essencial aumentar o acesso aos serviços de apoio, para homens após a gravidez/perda neonatal, oferecendo reconhecimento das suas experiências de luto.

A perda fetal ou neonatal requer muito apoio, escuta ativa, compreensão e uma comunicação eficiente, empática e assertiva. Desta forma, o EESMO deve saber comunicar sobre este facto de forma adequada, ajudar a minimizar a dor da perda, facultar e/ou informar sobre ferramentas e estratégias de superação eficazes. Deve ser facultada aos homens a oportunidade de falarem abertamente sobre como foi, para eles, a experiência dolorosa de perder o seu bebé. Ou seja, o EESMO deve estar preparado e capacitado para lidar com os pais perante a perda de um bebé, independentemente da idade gestacional. As palavras e a linguagem não verbal corporal carregam imenso significado e por isso necessitam de ser coerentes. O protocolo SPIKES é uma ferramenta facilitadora nesta intervenção.

O EESMO tem um papel preponderante para a evolução do processo de luto, ao proporcionar a sua assistência, ao verbalizar a sua disponibilidade e ao providenciar o encaminhamento efetivo para uma equipa multidisciplinar, caso se verifique necessidade, propondo-se a criação de equipas multidisciplinares de apoio ao luto. Assim, é fundamental capacitar o mesmo na formação

contínua em investimento de estratégias comunicacionais verbais e não verbais eficazes.

Este artigo demonstra a importância fulcral das estratégias de comunicação adotadas pelos profissionais de saúde e pelo EESMO na promoção da resiliência e vivência mais positiva do luto paterno em situações de morte fetal e neonatal.

Como sugestões para futuros trabalhos, considera-se pertinente estudar o impacto da morte fetal e neonatal no homem português, mediante as suas crenças e experiências de masculinidade, e na perspetiva do cuidar multicultural, assim como em homens de diferentes culturas.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer a Raquelina Ferreira e a Stephanie Vieira pela colaboração na revisão e tradução deste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Páez Cala ML, Arteaga Hernández LF. Duelo por muerte perinatal. necesidad de una atención diferencial e integral. *Archivos de Medicina*. 2019;19(1):32–45.
2. Eboru D. Legitimacy of grief: Fathers' experience of suffering after pregnancy loss in cultural context [dissertation on the Internet]. Universidade Arcada de Ciências Aplicadas (Finlândia): Departamento de Enfermagem; 2018 [cited in 2021 Apr 10]. Disponível em: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018120520175>
3. Quintans ET. Eu também perdi meu filho: Luto paterno na perda gestacional/neonatal [dissertation on the Internet]. Rio de Janeiro (Brasil): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia; 2018 [cited 2021 Apr 20]. Disponível em: <https://doi.org/10.17771/PUCRio.acad.34141>
4. Camacho-Ávila M, Fernández-Sola C, Jiménez-López FR, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, Martínez-Artero L, et al. Experience of parents who have suffered a perinatal death in two Spanish hospitals: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):512.

5. Instituto Nacional de Estatística. Portal do Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas Demográficas: 2020. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2021 [cited 2023 Feb 26]. Disponível em: <https://www.ine.pt/xurl/pub/442993507>
6. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. 2010 Oct 20 [cited 2023 Feb 26]; p.13560-13565. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
7. Das MK, Arora NK, Gaikwad H, Chellani H, Debata P, Rasaily R, et al. Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved North Indian parents: A qualitative study. *PLoS One*. 2021;16(1):e0240270.
8. Clossick E. The impact of perinatal loss on parents and the family. *J Fam Health*. 2016;26(3):11-15.
9. Due C, Chiarolli S, Riggs DW. The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):380.
10. Organização Mundial de Saúde. Stillbirth Data. In: OMS. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2020 [cited in 2021 Apr 15]. Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/stillbirth-rate-\(per-1000-total-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/stillbirth-rate-(per-1000-total-births))
11. Smith LK, Dickens J, Bender Atik R, Bevan C, Fisher J, Hinton L. Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and neonatal death: a UK qualitative study. *BJOG*. 2020;127(7):868-874.
12. Obst KL, Due C, Oxlad M, Middleton P. Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: a systematic review and emerging theoretical model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):11.
13. Weed ELA. Emotion and identity in the transition to parenthood [dissertation on the Internet]. Durham (Estados Unidos da América): Universidade de Duke, Departamento de Sociologia da Escola Graduada de Duke; 2018 [cited 2021 Apr 20]. Disponível em: dukespace.lib.duke.edu
14. Mendonça CSA. Interrupção espontânea da gravidez, morte fetal e perda perinatal: luto e fatores protetores [dissertation on the Internet]. Universidade de Lisboa (Portugal): Faculdade de Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental Integrativa; 2018 [cited 2021 Apr 20]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/38021>
15. Fredenburg M. Reproductive loss: giving permission to grieve. *Issues Law Med*. 2017;32(2):353-359.
16. Bronfenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
17. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women Birth*. 2016 Aug;29(4):345-349.
18. Pereira EM, Torres EM, Cajam R, Vale A (Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na gravidez e parto.). Reflexão sobre o trabalho de parto e Parto: construção de um plano de preferências de parto [Internet]. 2017 Fev [cited 2021 Apr 30]. Available from: <http://www.associacaogravidezeparto.pt>
19. Martínez-Serrano P, Palmar-Santos AM, Solís-Muñoz M, Álvarez-Plaza C, Pedraz-Marcos A. Midwives' experience of delivery care in late foetal death: A qualitative study. *Midwifery*. 2018 Nov;66:127-133.
20. Lino CA, Augusto KL, Oliveira RAS, Feitosa LB, Caprara A. Uso do protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. *Rev. Bras. Edu. Méd*. 2011; 35(1):52-57.
21. Wilkinson D, Sharma A, Leppard L, Shihab J. Sharing Ethical Practice Together [Internet]. European Neonatal Ethics Conference; 2019 nov 14-15; United Kingdom. St Mary's Stadium Road: Southampton. 2019 [cited 2023 Feb 26]. Disponível em: <http://www.wonapedu.com/NeoEthics-Conference.html>
22. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
23. Oliveira FF, Benute GRG, Gibelli MAB, Nascimento NB, Barbosa TVA, Bolibio R, Jesus RCA, Gaiolla PVV, Setubal MSV, Gomes AL, Francisco RP, Bernardes LS. Breaking Bad News: A Study on Formal Training in a High-Risk Obstetrics Setting. *Palliat Med Rep*. 2020;1(1):50-57.
24. Biatek K, Malmur M. Risk of post-traumatic stress disorder in women after miscarriage. *Medical Studies/Studia Medyczne*. 2020;36(2): 134-141.
25. Tomlin L, Parsons M, Kumar PV, Arezina J, Harrison R, Johnson J. Learning how to deliver bad and challenging news: Exploring the experience of trainee sonographers - A qualitative study. *Ultrasound*. 2020;28(1):30-37.
26. Nicholas C. Sonographers' experiences of breaking bad news in prenatal ultrasound: a phenomenological analysis [Doctoral thesis]. Carlisle (United Kingdom): University of Cumbria; 2011 [cited 2023 Feb 26]. Disponível em: <https://ethos.bl.uk/OrderDetails.do?did=4&uin=uk.bl.ethos.654968>
27. Mujeeb R. Third annual Mediclinic Middle East Research Day: 5 March 2020 proceedings. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(24):e19846.
28. Tuama MO. An inquiry into the supports and training available to specialist fertility nurses in the delivery of bad news to patients [Internet]. Royal College of Surgeons in Ireland; 2022 [cited 2023Feb26]. Disponível em: https://repository.rcsi.com/articles/thesis/An_Inquiry_into_th

[e Supports and Training Available to Specialist Fertility Nurses in the Delivery of Bad News to Patients/21252465/1](#)

29. Cullen S, Coughlan B, McMahon A, Casey B, Power S, Brosnan M. Parents' experiences of clinical care during second trimester miscarriage. *BJM*. 2018;26(5):309-315.

30. Lewis C, Riddington M, Hill M, Bevan C, Fisher J, Lyas L, et al. "The communication and support from the health professional is incredibly important": A qualitative study exploring the processes and practices that support parental decision-making about postmortem examination. *Prenat Diagn*. 2019;39(13):1242-1253.

31. Farrales LL, Cacciatore J, Jonas-Simpson C, Dharamsi S, Ascher J, Klein MC. What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. *BMC Psychol*. 2020;8(1):18.

32. Silva MAP. Intervenções de enfermagem em contexto hospitalar facilitadores do processo de luto após perda gestacional. Relatório de estágio [Dissertation on the internet]. Porto (Portugal): Escola Superior de Enfermagem do Porto. 2018 [cited 2021 May 1]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/27967>

33. Martínez-Serrano P, Pedraz-Marcos A, Solís-Muñoz M, Palmar-Santos AM. The experience of mothers and fathers in cases of stillbirth in Spain. A qualitative study. *Midwifery*. 2019;77:37-44.

34. Alves SIN. Perda Perinatal: Perspetiva da Díade Parental [dissertation on the Internet]. Coimbra (Portugal): Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; 2018 Jan [cited 2021 Apr 20]. Disponível em: <https://web.esenfc.pt>

35. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The Place of Faith for Consultant Obstetricians Following Stillbirth: A Qualitative Exploratory Study. *J Relig Health*. 2016;55(5):1519-28.

36. Nuzum D, Meaney S, O'Donoghue K. The Spiritual and Theological Challenges of Stillbirth for Bereaved Parents. *J Relig Health*. 2017;56(3):1081-1095.