

Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal

Mariana de Oliveira Trintinalha¹ , Carolina Meira Pucci¹ , Gabriele Belniowski Mendes¹ , Natália Trench Maia¹ , Somaia Reda² , Cristina Okamoto² , Renato Mitsunori Nishihara² 

RESUMO

Objetivos: Avaliar o grau de luto causado pela perda gestacional ou neonatal em pais e mães, associando com variáveis sociodemográficas. Adicionalmente, comparar o grau de luto de acordo com o momento da perda. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com aplicação de questionário sociodemográfico e questionário validado (Escala de Luto Perinatal-ELP) em pais que tiveram perda de seu filho em qualquer período gestacional ou no neonatal. **Resultados:** 542 pais e mães estavam aptos para participação do estudo e após serem convidados para responder à pesquisa, 104 (19,1%) concordaram em participar. Os 104 participantes foram divididos em dois grupos: perda no primeiro trimestre gestacional (76,9%), e demais trimestres somados ao período neonatal (23,1%). Evidenciou-se predomínio materno das respostas (89,4%) e idade média de 29,1±15,58 anos. A mediana do escore na ELP foi de 90 pontos, não havendo diferença entre as pontuações de acordo com o momento da perda. Primigestas e mulheres com idade <25 anos apresentaram pontuações maiores que as demais ($p=0,042$ e $p=0,047$). Ideação suicida foi relatada por 15,4% e 32,7% das mães que se culpam pela morte do bebê e têm escores significativamente maior do que aquelas que não tinham tal sentimento ($p<0,0001$). Estado civil, escolaridade, situação econômica, religião, realização de pré-natal, etnia e abortamento prévio não apresentaram associação significativa com os escores obtidos na ELP. **Conclusão:** O luto ocorreu independente da idade gestacional do momento da perda, sendo de maior intensidade nas mulheres mais jovens e naquelas com sentimento de culpa. Medidas devem ser tomadas para minimizar tal sofrimento.

Palavras-chave: Óbito; Luto; Gestação; Perinatal.

INTRODUÇÃO

A cada ano, no mundo, três milhões de gestações resultam em óbito fetal, sendo diversos os motivos de tal desfecho¹. Dentre os países com maiores taxas de mortalidade fetal encontram-se os da África Subsaariana e da Ásia, com números que chegam a 30 natimortos para cada 1000 nascimentos¹. Em países desenvolvidos tais índices caem para 2 a 7 a cada 1000¹. No Brasil, no período de 2000 a 2016, a taxa de óbitos fetais foi de 5,3 para 1000 nascidos vivos². A mortalidade neonatal partilha com a mortalidade fetal as mesmas circunstâncias e etiologias, correspondendo a 70% de toda mortalidade infantil no Brasil³.

Uma revisão sistemática realizada em 2019 sobre óbitos fetais no Brasil entre 1996 e 2015 revelou maior mortalidade fetal na população menos favorecida e nos extremos de idade reprodutiva. Adicionalmente, os autores ressaltam a baixa visi-

bilidade do assunto mesmo sendo este um evento que atinja um grande número de indivíduos².

Uma série de casos sobre o luto materno decorrente de perda gestacional realizada entre 2006 a 2014 no Paraná apontou que há uma sensação de falta de apoio dos serviços de saúde às famílias neste momento⁴. Muza *et al.*⁵ referem que as famílias que sofrem pelo luto evitam o assunto, optando pelo silêncio, na tentativa de amenizar o sofrimento. O luto gerado pelo óbito gestacional ou no período neonatal proporciona uma reação esperada de tristeza e sensação de perda. No entanto, tais sentimentos podem se tornar anormais, excessivos e até mesmo incapacitantes⁶. Segundo Lee e Slade⁷ a ocorrência de sintomas depressivos em mulheres pós-aborto é quatro vezes maior do que a população geral e tais sintomas podem ainda recidivar após um ano da morte fetal.

O luto decorrente da perda gestacional possivelmente está sendo subestimado por parte

¹ Universidade Positivo, Curitiba, (PR), Brasil.

² Universidade Positivo, Departamento de Medicina, Curitiba, (PR), Brasil.

da classe médica, principalmente nos primeiros meses da gestação, momento em que o risco de abortamentos é sabidamente maior¹⁰. O presente estudo visa avaliar o grau de luto causado pela perda gestacional ou neonatal em mães e pais, associando-se os escores com variáveis sociodemográficas. Adicionalmente, o estudo irá comparar o grau de luto de acordo com a idade gestacional no momento da perda.

MÉTODOS

Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital do Trabalhador sob número CAAE 87492418.0.0000.5225. Cabe ressaltar que o acompanhamento psicológico é oferecido a todas as famílias que passam pelo processo do luto pelo Hospital do Trabalhador.

O trabalho teve delineamento transversal, foi realizado no período de abril de 2018 a março de 2019 e utilizou como instrumento a aplicação de questionário validado (Escala de Luto Perinatal – ELP) juntamente com um questionário sociodemográfico em que foram coletados dados como: se o participante era pai/mãe, idade, raça, estado civil, cidade em que reside, escolaridade, emprego, situação econômica, número de filhos, aborto prévio e realização de pré-natal.

A ELP é o instrumento mais utilizado na identificação de luto na perda gestacional e neonatal. Foi traduzido e validado para utilização na população brasileira⁸. O questionário consiste em 33 afirmações subdivididas em três categorias: sofrimento ativo, dificuldade de enfrentamento e desespero. Cada afirmação tem cinco opções de respostas que pontuam de 1 a 5 pontos. De acordo com a pontuação - que pode variar de 0 a 165 pontos - avaliam-se sinais e sintomas de luto, tal qual a adaptação sobre a perda fetal, sentimentos e pensamentos. A primeira subescala, *Luto Ativo*, trata sobre a tristeza e a perda do bebê. A segunda, *Dificuldade de Enfrentamento*, aborda dificuldades nas atividades diárias e no relacionamento com outras pessoas. A última, *Desespero*, remete a sentimentos de autodepreciação e desânimo. Altos escores da ELP (acima de 91 pontos) estão associados a quadros de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (TEPT)

e a problemas de relacionamento entre casais em gravidezes subsequentes^{8,9,10}.

As pacientes foram atendidas no serviço de obstetrícia e os recém-natos, no serviço de neonatologia do Hospital do Trabalhador no período do estudo. Os pais foram contatados e convidados a participar durante o internamento para a curetagem, indução de parto ou em até 28 dias após o procedimento ou morte neonatal de bebê que esteve internado na UTI neonatal do Hospital do Trabalhador.

Os participantes foram incluídos de acordo com os seguintes critérios: pais e mães maiores de 16 anos, que tiveram óbito fetal ou neonatal (até 28 dias de vida incompletos após o nascimento) e que concordaram em participar do estudo com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídas pessoas sob efeitos de anestésicos ou outras drogas que pudessem alterar seu estado cognitivo e questionários respondidos de forma incompleta. Excluíram-se, ainda, pais e mães que sofreram perda gestacional decorrentes de aborto provocado.

Os dados coletados foram planilhados com auxílio do programa Excel. As análises estatísticas foram realizadas com o auxílio do programa estatístico *GraphPad Prism 6.0*. As variáveis contínuas foram expressas como média \pm desvio-padrão e comparadas com os testes de Mann-Whitney. As variáveis categóricas foram expressas em porcentagens e comparadas com o teste do qui-quadrado ou teste exato de Fisher, conforme apropriado. Valores de *p* menores que 5% foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

No total, 542 indivíduos entre pais e mães estavam aptos para participação do estudo. Após o contato inicial e convite para responder à pesquisa, apenas 104 (19,1%) dessas pessoas se dispuseram a responder o questionário.

Os entrevistados incluídos foram divididos em dois grupos:

Grupo 1: perda ocorrida no primeiro trimestre; que correspondeu a 80/104 (76,9%) dos casos;

Grupo 2: perda ocorrida nos demais trimestres ou no período neonatal e representou

24/104 (23,0%). Cabe ressaltar que foram estudados oito (7,7%) casos de perda neonatal, todos respondidos pela mãe.

Os dados clínicos e demográficos das pessoas estudadas estão representados na Tabela 1.

Tabela 1

Dados demográficos das pessoas estudadas (n=104)

Participante	n	%
Mãe	93	89,4
Pai	11	10,6
Etnia		
Branca	70	67,3
Amarela	3	2,8
Parda	24	24,2
Negra	7	5,7
Estado Civil		
Solteira	23	22,1
Casada	50	48,2
União Estável	30	28,8
Divorciada	1	0,9
Escolaridade		
Sabe Ler e Escrever	4	3,8
Ensino Primário	15	14,4
Ensino Secundário	63	60,5
Ensino Superior	22	21,3
Número de Filhos		
Nenhum	29	27,8
Um	48	46,3
Dois	20	19,2
Três ou Mais	7	6,7
Primeira Gestação		
Sim	32	30,7
Não	72	69,3
Aborto Prévio		
Nenhum	65	62,5
Um	26	25,1
Dois	10	9,6
Três ou Mais	3	2,8
Realização do Pré-Natal		
Sim	75	72,1
Não	29	27,9

Obteve-se poucas respostas paternas, apenas 10,6% deles se dispuseram a responder à pesquisa e se evidenciou amplo predomínio de respostas maternas (93/104). A idade média foi de $29,1 \pm 15,58$ anos. Em relação às pontuações no ELP, no geral a mediana foi de 90 pontos (IIQ=64 - 119), sendo que 34,2% dos entrevistados tinham pontuação acima de 120 pontos. Quando comparados os grupos - primeiro trimestre e demais momentos da perda - (Figura 1a) não se verificou diferença significativa em relação aos escores calculados, demonstrando um grau de luto similar independente do momento da perda ($p = 0,18$).

Na Tabela 2 pode-se visualizar a distribuição dos escores das subescalas da ELP e verificou-se que não houve diferença significativa nos escores obtidos nos diferentes momentos da perda, conforme idade gestacional.

Tabela 2

Distribuição dos escores de acordo com as subescalas do questionário Escala de Luto Perinatal (ELP)

	Mediana (IIQ)	p*
Luto Ativo		
Amostra total	40,5 (32 - 47)	
1º Trimestre	29 (15 - 35)	
Demais Períodos	42,5 (15 - 37)	0,09
Dificuldade de Enfrentamento		
Amostra total	24 (15 - 35)	
1º Trimestre	24 (14 - 35)	
Demais Períodos	24 (31 - 32)	0,49
Desespero		
Amostra total	25 (15 - 37)	
1º Trimestre	22,5 (15 - 38)	
Demais Períodos	29,5 (18 - 36)	0,17

* Teste de Mann-Whitney comparando-se os dois grupos.

IIQ = Intervalo interquartil

O número de gestações afetou os escores de luto, onde as primigestas apresentaram pontuação significativamente maior que as multigestas ($p = 0,042$, Figura 1b).

Em relação à idade, mulheres com idade inferior a 25 anos, obtiveram mediana de

94 pontos (IIQ=76-119) enquanto a mediana das participantes com idade superior a 35 anos foi de 74 pontos (IIQ=54-116) ($p= 0,047$; Figura 2a).

No que se refere ao pensamento suicida, 16 (15,4%) participantes apresentaram tal tipo de ideação. Comparando-se as que pensaram em suicídio e as que afirmaram ter se adaptado bem a perda obtivemos medianas de 145 (IIQ=125-149 pontos) e 75 (IIQ=60 - 112 pontos), respectivamente ($p<0,0001$), sugerindo que a ELP possa ajudar a detectar pacientes com risco suicida

em potencial. Adicionalmente, 32,7% das mães se culpam pela morte do filho e as mesmas tem ELP significativamente maior do que aquelas que não tem tal sentimento ($p<0,0001$; Figura 2b).

Estado civil ($p= 0,33$), escolaridade ($p=0,89$), situação empregatícia ($p= 0,11$), situação econômica ($p= 0,31$), religião ($p=0,95$), realização de pré-natal ($p= 0,37$), etnia ($p=0,86$) e abortamento prévio ($p=0,47$) não apresentaram associação significativa com os escores obtidos na ELP.

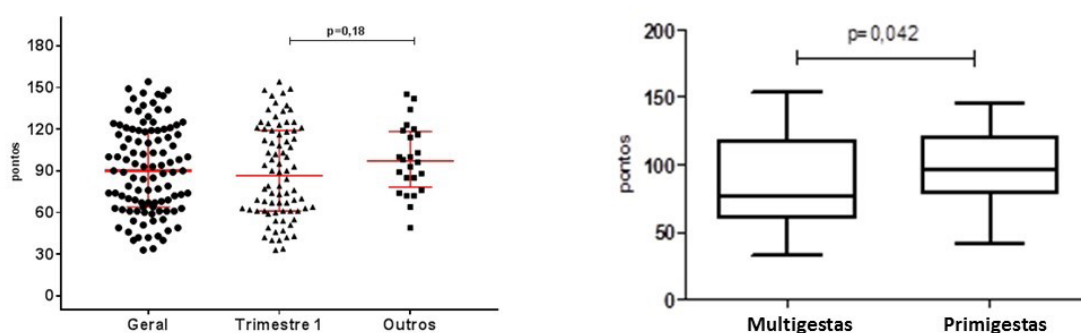


Figura 1a: Comparação entre os escores na escala de luto perinatal entre as mulheres do primeiro trimestre e os demais momentos de perda.

Figura 1b: Comparação entre os escores na escala de luto perinatal entre mulheres multigestas e primigestas.

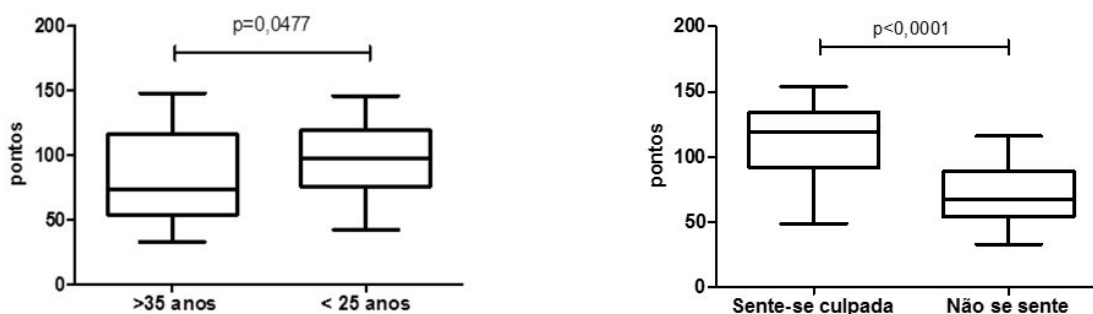


Figura 2a: Comparação entre os escores na escala de luto perinatal entre as mulheres estudadas com diferentes idades no momento da perda.

Figura 2b: Comparação entre os escores na escala de luto perinatal entre as mulheres detectadas que se sentem culpadas pela perda fetal e aquelas com boa aceitação.

DISCUSSÃO

O presente estudo apresenta a quantificação e comparação do luto gerado pela perda gestacional e neonatal de mães e pais em diferentes momentos em um Hospital e Maternidade em

Curitiba-PR através da aplicação da ELP. Toedter *et al.*¹⁰ analisaram 22 estudos realizados em quatro países que utilizaram o mesmo questionário validado com 2.485 participantes após perda perinatal e determinaram que uma pontuação maior que 91 pontos na ELP refletiria um alto grau de

tristeza nos pais. Este mesmo estudo afirma que os resultados da ELP são comparáveis em diferentes amostras e países. De acordo com os autores, embora a maioria das mulheres experimenta reações “normais” de luto em resposta à perda perinatal, cerca de 25% a 30% podem ter reações de luto significativas, prolongadas, altamente intensas e complicadas, que podem afetar negativamente seu bem-estar psicológico.¹⁰ Em nosso estudo, a mediana foi de 90 pontos e cerca de 1/3 das mulheres tiveram pontuação acima de 120 pontos, mostrando alta frequência de luto intenso na nossa amostra. O grau de luto pode ser influenciado por variados fatores, principalmente relacionado a aspectos culturais, socioeconômicos e religiosos^{11,12}, justificando as diferenças entre as populações estudadas.

No presente estudo, sentimos dificuldade na participação dos pais e mães, dado que menos de 20% responderam ao questionário, provavelmente devido ao momento de estresse e desalento em que estavam. Ainda, Quintans¹³ relata que a forma de vivenciar o luto é moldada desde a infância, quando a sociedade influencia a forma de expressão emocional entre meninos e meninas, tornando o sexo masculino menos propenso a demonstrar suas emoções. Em nosso estudo, apenas 10% dos pais participaram do estudo, sugerindo que ao não responder os questionários poderiam evitar tais sentimentos ou pensamentos.

Barros *et al.*³ descrevem números crescentes de óbitos gestacionais no terceiro trimestre da gravidez entre 1996 e 2015 no Brasil, com exceção da região Sul do Brasil que apresentou valores estáveis. Em nosso estudo houve predomínio das perdas no primeiro trimestre (76,9%) e pequeno número de respondentes que tiveram perda no período neonatal. Chama atenção que não houve diferença entre os escores de luto em diferentes momentos da idade gestacional ou neonatal. Tal resultado é recorrente na escassa literatura sobre o assunto.¹⁴ De maneira geral, os profissionais de saúde tendem a minimizar o luto quando a perda ocorre no primeiro trimestre da gravidez, não dando a devida importância a esse quadro. Em nossa casuística, algumas mulheres com perda fetal no primeiro trimestre tinham altos escores na ELP e apontaram ter quadro depressivo, inclusive com ideação suicida.

Da mesma forma, as subescalas presentes na ELP não apresentaram diferenças significativas entre os momentos de perda, embora o luto ativo esteja mais presente nas perdas que não ocorreram no primeiro trimestre.

Em relação à paridade, nosso estudo evidenciou que primigestas obtiveram maior pontuação total na ELP que multigestas, provavelmente pela maior expectativa em relação ao primeiro filho. Da mesma forma, em relação à faixa etária, nosso estudo encontrou que participantes com idade abaixo de 25 anos obtiveram mediana significativamente maior que aquelas com idade superior a 35 anos.

A ELP demonstrou ser um instrumento capaz de detectar participantes com risco suicida em potencial, uma vez que a análise dos dados obtidos revela que as mães que pensaram em suicídio obtiveram escores muito altos quando comparadas àquelas que afirmaram ter se adaptado bem a perda ($p < 0,0001$). Hutti *et al.*¹⁵ descreveram aumento nas taxas de suicídio após qualquer tipo de perda perinatal.

Observou-se também que um terço das mães se sentiram culpadas pela morte do filho e essas desenvolveram grau de luto significativamente maior que aquelas que não tinham tal sentimento.

Em uma revisão sobre luto e perda perinatal¹¹, os autores encontraram na literatura apenas dois fatores que foram consistentemente associados com luto intenso ou complicado após a perda gestacional. O primeiro, apoio social insuficiente, dado que altos níveis de apoio social de familiares, amigos e outros parecem ser protetores e associados a escores reduzidos. O segundo, história prévia de um distúrbio de saúde mental, como depressão, tem sido associada a um luto mais intenso¹¹. Em relação às variáveis sociodemográficas comuns, como idade, raça, estado civil, alguns autores encontraram que ocupação, renda e religião não foram associadas com a presença de luto.^{11,16} Por outro lado, um estudo feito comparando 26 mulheres brasileiras e oito canadenses utilizando o ELP mostrou que as brasileiras que não utilizaram grupo profissional de apoio não tinham satisfação conjugal, não praticavam religião e com menor escolaridade tinham maior luto¹⁷.

Hutti *et al.*⁹ apontaram que a falta de suporte profissional demonstrou ser o preditor mais

importante no desenvolvimento de complicações psicológicas, uma vez que as mães que passaram pelo processo de perda gestacional e/ou neonatal e não receberam cuidados necessários após o acontecimento, experimentaram resultados psicológicos negativos e prolongados. As intervenções de atenção primária à saúde e uma forte rede de apoio familiar e social são inestimáveis para pais e famílias na época em que há a perda. No entanto, devido à falta de estudos randomizados de alta qualidade realizados neste tema, os verdadeiros benefícios das intervenções atualmente existentes ainda não são claros¹⁸. A natureza sensível deste tema e os estudos com pequenas amostras dificultam a expansão do conhecimento sobre o assunto¹⁸.

Este estudo apresenta algumas limitações devido ao desenho transversal e ao pequeno tamanho amostral, principalmente no segundo e terceiro trimestre da gravidez e no período neonatal. Lidamos com a dificuldade de acessar os pais e mães neste momento delicado de suas vidas, e conseqüente recusa em participar da pesquisa por se encontrarem estressados e não desejarem abordar o assunto no momento.

Dada a importância do tema e os poucos estudos realizados em nosso país, ressalta-se a necessidade de pesquisas futuras a fim de trazer uma melhor abordagem para famílias que sofrem com perdas no período gestacional e neonatal, incentivando a necessidade de educação médica para atendimento adequado para tal grupo de pacientes a fim de se minimizar o sofrimento gerado pela perda.

CONCLUSÃO

Foi observada alta frequência de luto intenso nos participantes e tal evento ocorreu independente do momento da perda gestacional, ou seja, não foi diferente no primeiro trimestre ou em outro momento da gravidez ou mesmo no período neonatal.

Primiparidade, idade inferior a 25 anos e sentimento de culpa foram as variáveis que influenciaram significativamente, aumentando o grau de luto. Fatores como estado civil, etnia, escolaridade, situação empregatória, situação

econômica, religião, realização de pré-natal e abortamento prévio não influenciaram o enfrentamento do luto.

REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. World health statistics. Genebra, Suíça: WHO Press, 2008.
2. Barbeiro FM, Fonseca SC, Tauffer MG, Ferreira Mde S, Silva FP, Ventura PM, Quadros JI.. Fetal deaths in Brazil: a systematic review. *Rev Saude Publica*. 2015; 49:22.
3. Barros PS, Aquino EC, Souza MR. Fetal mortality and the challenges for women's health care in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2019;53:12.
4. Ichikawa CRF, Sampaio PSS, Sa NND, Szlyt R, Santos SSC, Vargas DD, Faria CR, *et al*. O cuidado à família diante da perda neonatal: uma reflexão sob a ótica da teoria da complexidade. *Revista de Enfermagem, UFPE on line*, 2017. 11 (12): 5085-5091.
5. Muza JC, Arrais EN, Rocha A, Iaconelli V. Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicol Teorica Prática*. 2013; 15(3):34-48.
6. Lemos LFS, Cunha ACB. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: ciência e profissão*. 2015; 35(4):1120-1138.
7. Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *J Psychosom Res*. 1996; 40(3):235-244.
8. Paris GF; Montigny F, Pelloso SM. Adaptação transcultural e evidências de validação da Perinatal Grief Scale. *Texto & Contexto Enfermagem*. 2017; 26 (1):1-10.
9. Hutti MH. Social and professional support needs of families after perinatal loss. *J Obst Gyn Neon Nurs*. 2005; 34(5):630-638.
10. Toedter JL, Lasker KN, Hettie JJEM. International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. *Death studies*. 2001; 25(3): 205-228.
11. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*. 2012; 14(2):187-194.
12. Roberts LR, Montgomery S, Lee JW, Anderson BA. Social and cultural factors associated with perinatal grief in Chhattisgarh, India. *J Community Health*. 2012; 37(3):572-582.
13. Quintans ET. Eu também perdi meu filho: Luto Paterno na Perda Gestacional/Neonatal. 2018. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
14. Janssen HJ, Cuisinier MC, de Graauw KP, Hoogduin KA. A prospective study of risk factors predicting grief intensity following pregnancy loss. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54(1):56-61.

15. Hutti MH, Myers J, Hall LA, Polivka BJ, White S, Hill J et al. Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *J Psychosom Res.* 2017; 101:128-134.
16. Burden C, Bradley S, Storey C, Ellis A, Heazell AE, Downe S. From grief, guilt pain and stigma to hope and pride - a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:9.
17. Paris GF, Montigny F, Pelloso SM. Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian women. *Rev Esc Enferm USP.* 2016; 50(4):546-553.
18. Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 19;(6):CD000452.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesses.

Contribuição dos autores

MOT: Concepção, organização, coleta de dados, redação e revisão do artigo.

CMP: Concepção, organização, coleta de dados, redação e revisão do artigo.

GBM: Concepção, organização, coleta de dados, redação e revisão do artigo.

NTM: Concepção, organização, coleta de dados, redação e revisão do artigo.

SR: Concepção, organização, supervisão, análise dos dados, redação e revisão do artigo.

CO: Concepção, organização, supervisão, análise dos dados, redação e revisão do artigo.

RN: Concepção, organização, supervisão, análise dos dados, análise estatística, redação e revisão do artigo.

Autor correspondente:

Prof. Renato Nishihara

renatonishihara@gmail.com

renatonishihara@up.edu.br

Editor:

Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

Recebido em: 17/09/2020

Aprovado em: 19/10/2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que o trabalho original seja corretamente citado.