

PERDA GESTACIONAL E LUTO EM MULHERES ADULTAS: um estudo descritivo

PREGNANCY LOSS AND GRIEF IN ADULT WOMEN: a descriptive study

ROSSONI, Emanuelle Zanella ^a; LIMBERGER, Jéssica ^b

^a Psicóloga; ^b Doutora em Psicologia



172826@upf.br

RESUMO

Introdução: A perda gestacional é um fenômeno que afeta diversas mulheres mundialmente, entretanto esse luto não é validado, o que leva a dados imprecisos sobre o assunto; sendo assim, a Organização Mundial de Saúde incluiu a atenção ao aborto em suas diretrizes. Além disso, o Transtorno do Luto Prolongado foi adicionado ao DSM-5-TR, podendo ser mais frequente em pais enlutados. **Objetivo:** Descrever as características do luto em mulheres que passaram pela experiência da perda gestacional na região sul do Brasil. **Metodologia:** Participaram 47 mulheres da Região Sul do Brasil, com mais de 20 anos, que tiveram pelo menos uma perda gestacional. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, cujas participantes responderam, de forma online, a um questionário sociodemográfico com questões sobre a gestação e a Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho. **Resultados:** Observou-se que a maioria da amostra possuía fatores de proteção ao luto parental, como uma boa situação socioeconómica e uma rede de apoio familiar. Contudo, percebe-se falta de auxílio psicológico às mulheres e sintomas de sofrimento ativo, mesmo sem o diagnóstico de Transtorno do Luto Prolongado. **Conclusão:** Fica clara a necessidade da ampliação dos cuidados de assistência à perda gestacional no país, como também do preparo dos profissionais, e tratar a temática de forma mais ampla.

Palavras-chave: Aborto. Psicologia. Transtorno do Luto Prolongado. Saúde da mulher.

ABSTRACT

Introduction: Miscarriage is a phenomenon that affects many women worldwide, yet this grief is often invalidated, leading to inaccurate data on the subject. Therefore, the World Health Organization has included attention to miscarriage in its guidelines. Additionally, Prolonged Grief Disorder has been added to the DSM-5-TR, which may be more common in bereaved parents. **Objective:** To describe the characteristics of grief in women who have experienced miscarriage in the southern region of Brazil. **Methodology:** Forty-seven women from the southern region of Brazil, aged over 20 years, who had experienced at least one miscarriage, participated. This is a quantitative, cross-sectional, descriptive study, in which participants answered an online sociodemographic questionnaire with questions about pregnancy and the Parental Grief Scale after the Loss of a Child. **Results:** It was observed that the majority of the sample had protective factors for parental grief, such as a good socioeconomic situation and a family support network. However, there is a lack of psychological support for women and symptoms of active distress, even without a diagnosis of Prolonged Grief Disorder. **Conclusion:** The need to expand miscarriage care in the country is evident, as well as the preparation of professionals and addressing the issue more comprehensively.

Keywords: Miscarriage. Psychology. Prolonged Grief Disorder. Women's Health.

INTRODUÇÃO

O significado de uma gravidez é singular para cada indivíduo, e a percepção sobre essa mudança no ciclo vital varia conforme a história pregressa do sujeito, sua personalidade e o momento atual. Apesar das conquistas femininas e mudanças sociais na percepção familiar, a sociedade ainda enxerga a maternidade como uma experiência em que a mãe deve corresponder a essas expectativas de perfeição (Benute *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, para Paris, Montigny e Pelloso (2017), a perda de um filho vai contra “a ordem natural da vida”, a qual tem como paradigma a perspectiva de que os filhos irão falecer após os pais. Logo, ao se abordar o luto materno, o conceito de Doka (1989 *apud* Salgado *et al.*, 2021) de *disenfranchised grief* (luto desprivilegiado) é condizente, já que o autor o define como “uma perda que não é e não pode ser reconhecida abertamente, lamentada publicamente, ou suportada socialmente”. Entretanto, é difícil compreender a real magnitude do assunto, pois algumas mulheres optam por não utilizar os serviços de saúde, buscando clínicas clandestinas, e dessa forma, os dados sobre perda gestacional ficam defasados (Adesse, 2006 *apud* Curi, 2016).

Na realidade brasileira, conforme dados do DATASUS (Brasil, 2023), no período de 2021, identificaram-se 29.325 óbitos fetais no país, sendo 2.990 apenas na Região Sul. Dessa forma, a Organização Mundial da Saúde - OMS (2022) incluiu recentemente a atenção ao aborto nos serviços essenciais de saúde, compreendendo que o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva é essencial. No caso do abortamento, esses cuidados dizem respeito ao acesso à informação, à gestão do aborto, como também ao amparo posterior.

Em consonância, o Transtorno do Luto Prolongado foi recentemente acrescentado na revisão do quinto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) (APA, 2022). É importante ressaltar que, conforme o DSM-5-TR, a prevalência do Transtorno do Luto Prolongado é maior entre os pais no caso da morte de um filho e, consequentemente, a sua duração pode ser prolongada nesse contexto. Dessa forma, objetiva-se descrever as características do luto em mulheres que passaram pela experiência da perda gestacional na Região Sul do Brasil.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo, tendo como critério de inclusão: ser mulher, ter 20 anos ou mais, ter passado pela experiência de pelo menos uma perda gestacional e residir na região sul do Brasil. A escolha dessas delimitações tem base nos objetivos deste estudo e compactuar com os dados do DATASUS (Brasil, 2023), na pesquisa realizada no ano de 2021 com base no Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, em que a seleção de óbitos fetais categoriza a idade materna adulta somente a partir dos 20 anos.

O cálculo amostral segue os dados de óbitos fetais da plataforma, destacando apenas a Região Sul e subtraindo menores de 20 anos. Logo, o número de mulheres que representam essas características é de 2.625, e, ao adotar o critério de significância com erro amostral de 10% e um nível de confiança de 90% em uma amostra homogênea, tem-se o número de 43 participantes.

Para sua realização, a presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Passo Fundo sob o número do

CAAE: 70433523.8.0000.5342 e parecer do CEP: 6151475. A coleta de dados contou com a divulgação em redes sociais e foram enviados e-mails para diferentes universidades dos respectivos estados da região. Os dados foram analisados com estatística descritiva, a partir de porcentagem, média e desvio padrão.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Questões sobre a Gestação

O Questionário Sociodemográfico buscou recolher informações sobre características da população alvo, como: idade, sexo, estado de residência, estado civil, tempo de relacionamento, escolaridade, situação empregatícia, renda familiar, religião e número de filhos. Já as Questões sobre a Gestação tiveram como objetivo compreender a realidade do abortamento, de redes de apoio e a validade de fatores estudados anteriormente sobre o assunto. Foram abordados o número de perdas gestacionais, o tipo de aborto, o período em que ocorreu, a existência de filhos anteriores, a idade gestacional da perda, o desejo de ter filhos posteriormente, o relacionamento conjugal após a perda, se houve um atendimento psicológico ou diagnóstico psiquiátrico pelo ocorrido, como também, se a participante frequentou grupos de apoio. Para complementar as questões e em busca dos objetivos da pesquisa, foram acrescentados os itens do DSM-5-TR (APA, 2022) para o diagnóstico do Transtorno do Luto Prolongado em forma de perguntas com opções do tipo sim e não.

Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho

A Escala de Luto Perinatal (ELP) é uma adaptação transcultural da Perinatal Grief Scale, um recurso que já foi aplicado em diversos países e que é uma das escalas mais utilizadas para medir o luto após uma perda gestacional. Em sua validação nacional, a ELP teve o coeficiente 0,93 no alfa de Cronbach, demonstrando que esse é um instrumento confiável para a população brasileira (Paris; Montigny; Peloso, 2017).

Posteriormente, as autoras da tradução decidiram ampliar a escala para abranger a investigação do luto patológico para pais que perderam seus filhos em todas as faixas etárias, fazendo alterações que tornaram a sua versão final mais clara, intitulando-a Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho (Paris; Montigny; Peloso, 2022). Dessa forma, para facilitar a autoaplicação dos participantes, nesta pesquisa optou-se por utilizar a Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho.

A pontuação da Escala segue o esquema de pontuação de escala Likert, em que o participante tem cinco opções de resposta, que variam de 1 a 5 pontos. Dessa forma, cada subescala contém 11 afirmações, com escore mínimo de 11 pontos e máximo de 55 pontos; sendo assim, a soma das subescalas pode pontuar entre 33 e 165 pontos, tendo um ponto de corte para o estado de luto perinatal a partir do somatório maior de 90 pontos (Paris; Montigny; Peloso, 2022).

RESULTADOS

Participaram do estudo 47 mulheres. Responderam ao formulário online 52 pessoas, das quais cinco não cumpriram os critérios de inclusão, quatro por não terem passado por uma perda e uma por não ter mais de 20 anos. Sobre as participantes do estudo ($n=47$), a média de idade é 38,59 anos ($DP= 12,4$), entre as quais 70,2% ($n=33$) possuem pelo menos um filho e 95,7% ($n=45$) concluíram o Ensino Médio. Já na situação empregatícia, 74,5% ($n=35$) estão trabalhando e, das que não estão, 14,9%

(n=7) se dedicam aos afazeres domésticos; contudo, o que chama a atenção é que 19,1% (n= 9) têm renda familiar entre 6 e 8 salários- mínimos, enquanto 12,8% (n= 6) recebem mais que 8. Quanto à religiosidade da amostra, 61,7% (n=29) se declararam da religião católica. Esses dados podem ser conferidos na Tabela 1.

Os dados sobre perda gestacional são apresentados na Tabela 2, onde se percebe que, em sua maioria, 61,7% (n=29) passaram por apenas uma perda; a média de idade de quando ocorreu foi de 30,68 anos (DP= 8,1); 80,9% (n=38) declararam ter tido abortos espontâneos, sendo que 74,5% (n=35) dos casos ocorreram no primeiro trimestre. Além disso, 61,7% (n=29) das participantes não possuíam um filho antes do abortamento; contudo, após a perda, 83% (n=39) declararam ainda querer ter um filho.

Sobre o relacionamento conjugal da amostra, presente na Tabela 1, 53,2% (n=25) encontram-se casadas e 72,3% estão em um relacionamento há mais de 5 anos. Os dados sobre a situação do casal após a perda se encontram na Tabela 2, onde 34% (n= 16) da amostra afirmou ter tido alguma mudança no relacionamento.

No ponto de vista de apoio mental, presente na Tabela 2, apenas 8,4% (n=4) receberam pré-natal psicológico, sendo que 46,8% (n=22) nunca ouviram falar nessa prática. Após a perda, 36,2% (n=17) passaram por algum atendimento psicológico pelo que aconteceu e apenas 6,4% (n=3) frequentaram algum grupo de apoio sobre o assunto.

A soma acima de 90 pontos na Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho (Paris; Montigny; Pelloso, 2022) é um indicativo de luto perinatal. Nesta pesquisa, 23,4% (n=11) da amostra obteve resultados maiores que essa média (Tabela 3). Percebe-se uma diferença de 7,9% ao analisar as 26 participantes cuja perda gestacional ocorreu há um ano e as 21 participantes cuja perda ocorreu há menos de um ano. A afirmação da escala com a maior soma das respostas foi a de número sete (170 pontos), que corresponde a “é doloroso relembrar memórias da perda”, seguida pelo número nove (129 pontos), que se refere a “choro quando penso no(a) meu(minha) filho(a) que perdi”. Já a afirmação com a menor soma das respostas foi a de número vinte e dois (56 pontos), que expressa “eu tenho vontade de morrer”.

Para mais, a escala supracitada pode ser dividida em três subescalas – “Sofrimento ativo”, “Dificuldade de enfrentar a situação” e “Desespero”, e a soma das respostas em cada uma é respectivamente: 1244, 876 e 935, com médias 2,4; 1,6 e 1,8. Dessa forma, a subescala com maior soma é a de sofrimento ativo, como pode ser visto na Tabela 4.

No que diz respeito à presença do Transtorno do Luto Prolongado, nenhuma das participantes preencheu os critérios de diagnóstico presentes na revisão do quinto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2022), especialmente por terem marcado os critérios D, E e F, que são um fator de exclusão, estando presentes na Tabela 5. Vale ressaltar que as participantes cuja perda ocorreu há mais de um ano, ao serem comparadas com aquelas cuja perda ocorreu há menos de um ano, preencheram a maioria dos critérios D, E e F: respectivamente, 60,0% (n=3) das respostas do critério D, 66,67% (n=4) do critério E, como também, todas as respostas do critério F (n=2). Sobre os demais critérios, destaca-se que 36,20% (n=17) da amostra total respondeu ter se sentido entorpecimento emocional, ausência ou redução acentuada das suas emoções após a morte e 25,50% (n=12) declararam ter tido prejuízos na sua vida social ou de trabalho.

DISCUSSÃO

A partir dos resultados da pesquisa, observou-se que a maior parte das participantes apresenta ter uma boa situação socioeconômica, são ativas no mercado de trabalho, com ensino médio completo, renda familiar de mais de 2 salários-mínimos e uma união estável. No que diz respeito ao abortamento, a maioria das participantes passou por um aborto espontâneo no primeiro trimestre, não tendo um filho anterior à perda, e demonstrou o desejo de engravidar novamente.

Um fator que chama atenção é a falta de auxílio psicológico às mães. Conforme a escala utilizada na pesquisa, parte significativa da amostra apresenta luto perinatal, algo marcante nas mães que tiveram a perda há mais de um ano, o que denota seu sofrimento ativo ao se lembrarem da perda ou pensarem no bebê. Além disso, as participantes apresentam níveis significativos de prejuízos emocionais e na sua vida social ou de trabalho, fatores que corroboram o que foi apresentado na escala.

A análise dos dados supracitados revela que o maior número de perdas gestacionais no primeiro trimestre de gravidez das participantes é algo recorrente, sendo que muitos casais não contam sobre a gravidez até que esse período passe; contudo, isso pode ser um dos motivos para que muitos amigos e familiares não percebam a necessidade de dar apoio ao casal (Papalia; Martorell, 2022). Além disso, muitos pais têm receio de contar que estão esperando um novo bebê após o acontecido, por medo da cobrança ou de reviver a história da perda (Mills *et al.*, 2014). No entanto, percebe-se que a maior parte da amostra apresentou o desejo de ter outro filho, fator que também foi encontrado na pesquisa de Vescovi *et al.* (2022).

Além disso, grande parte da amostra passou por um aborto espontâneo, o que condiz com o que aponta uma revisão sistemática da literatura sobre o assunto, segundo a qual o aborto espontâneo é a adversidade gestacional mais comum entre mulheres, sendo que, cerca de 15 a 20% todas as gestações acabam em um aborto espontâneo, a sua maioria dentro das primeiras 13 semanas de gestação (Zhou *et al.*, 2016 *apud* Oliveira *et al.*, 2020; Mora-Alferez *et al.*, 2016 *apud* Oliveira *et al.*, 2020). Por mais que a probabilidade desse tipo de aborto aumente com a idade materna, a média de idade da amostra de quando ocorreram as perdas foi de 30,68, sendo que é a partir dos 30 e 35 que há o maior risco de complicações ocorrerem (Papalia; Martorell, 2022; Oliveira *et al.*, 2020), também podendo estar atreladas a outros fatores.

É importante abordar os fatores de risco associados ao luto após o óbito fetal em brasileiras presentes no estudo de Paris, Montigny e Peloso (2016): a idade entre 20 e 34 anos, não ter um parceiro, escolaridade menor que 12 anos, não possuir um emprego remunerado e não praticar alguma religião. Outros fatores citados pelas autoras são a presença de um filho anterior à perda, o período gestacional menor que 28 semanas ou um relacionamento menor que cinco anos; dessa forma, a maioria das participantes não apresentou fatores de risco de luto perinatal, mas sim o oposto. Além disso, vale ressaltar que 18 participantes tinham pelo menos um filho anterior à perda, um fator visto como positivo por Cecatti (2010), o que contradiz as autoras supracitadas.

A literatura também comprehende que a perda gestacional pode afetar os relacionamentos conjugais (Paris; Montigny; Peloso, 2016; Gold; Sen; Heyward, 2010 *apud* Papalia; Martorell, 2022). Nessa perspectiva, um número considerável de

participantes da presente pesquisa afirmou ter tido alguma mudança, como o divórcio ou separação, ou também o relacionamento não ter voltado a ser como antes. Logo, esse é um período de risco para o casal, pela presença de ansiedade, medo e angústia, já que, mesmo com o passar do tempo, muitos ainda não superaram o sofrimento anterior, o que indica a necessidade de acompanhamento profissional nesse período (Alexandre *et al.*, 2015).

Ao vivenciarem a morte gestacional, os pais passam por diversas perdas: os planos para o bebê, os sonhos e as expectativas de criar uma família e de exercer a paternidade/maternidade (Canadian Pediatric Society Statement, 2001). Logo, a passagem por emoções e mudanças turbulentas é consequência comum nesse processo, e o tempo de duração do luto depende do indivíduo, podendo durar meses ou anos (Ballone, 2004 *apud* Gesteira; Barbosa; Endo, 2006; Hitti, 2005; Armstrong, 2004).

Conforme a literatura (Campbell-Jackson; Bezance; Horsch, 2014; Paris; Montigny; Peloso, 2017; Vescovi, 2022), percebe-se que um fator importante para a reestruturação da família após a morte é a explicação sobre as causas da perda, pois isso diminui a probabilidade de que as mães se sintam culpadas, envergonhadas ou isoladas.

Além disso, Petro (2015 *apud* Lopes, Cunha, 2019) destaca a importância do acolhimento e do suporte dos profissionais da saúde, representantes religiosos, amigos e familiares. A relação com a religião se dá, pois a religiosidade e crenças espirituais estão atreladas a melhores estratégias de enfrentamento (Kalu, 2019), sendo que muitas famílias encontram fontes de conforto e acolhimento por meio de instituições religiosas (Vescovi, 2022).

Em concordância, Paris, Montigny e Peloso (2016) apontam para o dado de que 80% das mulheres canadenses que não apresentaram luto após a perda gestacional utilizaram um grupo profissional de apoio. Logo, comprehende-se a importância de grupos de apoio para as famílias, para que os pais possam compartilhar suas histórias e terem o auxílio para lidar com esse sofrimento.

Apesar da mudança de algumas estruturas familiares, a maioria das participantes parece apresentar uma rede de apoio social protetora, o que reflete nos relatos de que o casal ficou mais próximo, além do desejo de ainda ter outro filho após a perda. Esses fatores também condizem com os baixos resultados na Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho como também na falta de participantes que apresentem o Transtorno de Luto Prolongado (APA, 2022), pois em sua maioria elas não possuíam as características que dificultam a elaboração do luto de forma satisfatória. Contudo, apesar de pontuar alguns dos critérios de Transtorno do Luto Prolongado, percebe-se que as participantes não podem ser diagnosticadas pelo transtorno em vista de marcarem os critérios D, E e F, que são de exclusão.

O luto, quando excessivo e incapacitante, pode ser caracterizado como Transtorno do Luto Prolongado, um problema de saúde pública, por afetar não apenas o portador, mas consequentemente os envolvidos e a sociedade (Prigerson *et al.*, 2013). A amostra deste estudo foi separada entre perdas que ocorreram há menos de um ano e há mais de um ano, pois esse é um dos critérios para o diagnóstico do transtorno conforme o DSM-5-TR (APA, 2022); contudo, nenhuma participante preencheu os critérios que validam o transtorno, principalmente pela presença de outras doenças

que podem descrever seus sintomas. A exclusão também foi pautada no uso de medicação sem prescrição médica e problemas com o uso de substâncias psicoativas, fatores que foram mais frequentes na parcela da amostra em que a perda aconteceu há mais de um ano, o que pode demonstrar a dificuldade de lidar com a situação atrelada a atividades disfuncionais.

Ademais, um número considerável de participantes apresentou sentimentos de entorpecimento emocional, ausência ou redução acentuada das suas emoções após a morte e prejuízos na sua vida social ou de trabalho, sendo que, no último mês, algumas participantes frequentemente evitaram lembrar que seu filho havia morrido, sentiram anseio ou saudades intensas pelo bebê, preocuparam-se com pensamentos sobre a perda, sentiram descrença sobre a morte e solidão intensa. Esses fatores aparecem novamente nos resultados da Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho, em que a maior pontuação das participantes foi no quesito Sofrimento Ativo, que denota as dificuldades citadas pelos critérios do DSM-5-TR. Dessa forma, a maior angústia das participantes desta pesquisa é relembrar as memórias da perda, visto que as mães têm poucas memórias do filho que perderam, já que frequentemente velórios ou outros rituais, que auxiliam a passagem do luto, não são realizados, dada a falta de reconhecimento social (Brier, 2008).

Conforme o protocolo de Salgado *et al.* (2021) sobre luto perinatal, a necessidade da família de criar memórias durante o processo de luto deve incluir a organização dos serviços de saúde, considerando as necessidades do processo, a criação de um profissional específico para o luto nas maternidades, a adaptação do ambiente, uma comunicação guia e a criação de memórias com o bebê.

O segundo fator mais marcante das respostas refere-se às mães chorarem quando pensam no filho. Conforme Gesteira, Barbosa e Endo (2006), o choro é a expressão mais frequente frente a uma perda: além de ser uma forma de aliviar a tensão interna, demonstra a necessidade de acolhimento dessa pessoa. Contudo, muitas vezes isso é visto como um sinal de fraqueza e há o incentivo de que o luto seja cessado de forma prematura, o que leva a dois caminhos: a vivência isolada do luto ou o abandono deste antes de completar o seu processo. Tais fatores corroboram importância do acompanhamento profissional.

Contudo, a assistência profissional ainda enfrenta obstáculos, como se pode observar pelas respostas das participantes, já que a maioria da amostra não passou por um pré-natal psicológico e nunca ouviu falar sobre a prática, como também não passou por nenhum atendimento psicológico, tampouco frequentou algum grupo de apoio sobre perda gestacional/aborto. Esses fatores chamam a atenção para a falta de apoio enfrentado pelas famílias, como também o não reconhecimento social da morte fetal; dessa forma, muitas famílias guardam suas emoções para si, não tendo espaço para a elaboração do luto de forma eficaz (Bellet; Holland; Niemeyer, 2018), sendo que a literatura adverte sobre o risco de uma deterioração da qualidade de vida e do indício de alguma doença mental em pais que perderam um filho (Rogers *et al.*, 2008; Li *et al.*, 2005; Song *et al.*, 2010).

Vale ser citado que, conforme a literatura (Thomas, 1997; Montero *et al.*, 2011), lidar com o sofrimento da perda de um filho pode ser um desafio para os profissionais da saúde, contudo a maneira que as mães vivenciam esse processo é afetada pelos trabalhadores que prestam os cuidados. Porém, a literatura (BRIGAGÃO;

GONÇALVES; SILVA, 2021; MEANEY *et al.*, 2017; SALGADO *et al.* 2021) evidencia a falta de preparo dos profissionais. Pesquisa de Brigagão, Gonçalves e Silva (2021) sobre a perspectiva dos trabalhadores traz o relato da falta de preparo e debate sobre como exercer sua função nos casos de óbito fetal, o que os leva a adotar estratégias que não estão pautadas na pesquisa e nem apoiadas no dever de oferecer apoio à família para facilitar a elaboração do luto. Logo, fica clara a importância do preparo dos profissionais para lidar com essa situação de forma empática, com a segurança de procedimentos científicos (Lopes; Cunha, 2015).

Além disso, este estudo conta com limitações que poderão ser trabalhadas em pesquisas futuras, dado o tamanho da amostra, limitada por região, como também a falta de pesquisas brasileiras prévias sobre o assunto, o que condiz com os dados apresentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o presente estudo, percebe-se a importância de fatores de proteção socioeconômicos para as gestantes, como também redes de apoio, que vão além da família e adentram no conhecimento profissional, que ainda tem muito para ser melhorado e ampliado no país. Tal necessidade justifica-se devido às inúmeras consequências da perda gestacional, que vão além dos prejuízos psicológicos e emocionais, pois há também o risco de morte para a mulher e os elevados custos para os serviços públicos, o que reverbera a sua importância como um problema de Saúde Pública.

Dessa forma, percebe-se a importância de amparar tanto os profissionais da saúde, como os indivíduos enlutados e a sociedade por meio do conhecimento, evidenciando-se que a pesquisa sobre o luto em mulheres que passaram pela perda gestacional e suas correlações é necessária, já que, apesar de esse fenômeno ser recorrente na humanidade, possuindo um alto impacto social e econômico, ainda é encarado com relutância pelos governos, organizações e pela sociedade.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE *et al.* The impact of prior medical termination of pregnancy on the mother's early relationship with a subsequent infant. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, [S.l.], v. 29, n. 8, 2015. DOI: 10.3109/14767058.2015.1043260. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/277252204_The_impact_of_prior_medical_termination_of_pregnancy_on_the_mother's_early_relationship_with_a_subsequent_infant. Acesso em: 29 nov. 2023

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed Editora S.A., 2022.

ARMSTRONG D. S. Impact of prior perinatal loss on subsequent pregnancies. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, [S.l.], v. 33, n. 6, p. 765-773, nov./dez. 2004. DOI: 10.1177/0884217504270714. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15561665/>. Acesso em: 4 dez. 2023.

BELLET, B. W.; HOLLAND, J. M.; NEIMEYER, R. A. The Social Meaning in Life Events Scale (SMILES): A preliminary psychometric evaluation in a bereaved sample. *Death Studies*, [S.l.] v. 43, n. 2, p. 103-112, 2018. DOI: 10.1080/07481187.2018.1456008. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2018.1456008>. Acesso em: 27 nov. 2023.

BENUTE *et al.* Abortamento espontâneo e provocado: Ansiedade, depressão e culpa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 3, p. 322- 327, 2009. DOI: 10.1590/S0104-42302009000300027. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/ZQts56b4FZsbG8CjKXgSy6C/>. Acesso em: 27 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 03 jun. 2023.

BRIER, N. Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. **J Womens Health (Larchmt)**, [S.I.], v. 17, n. 3, p. 451-464, abr. 2008 DOI: 10.1089/jwh.2007.0505. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18345996/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

BRIGAGÃO, J. I. M.; GONÇALVES, R.; SILVA, B. M. C. da. A perspectiva de profissionais da saúde sobre os partos de natimortos. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 33, p. 1-15, 2021. DOI: 10.1590/1807-0310/2021v33235676. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/dvFVRbGhnzxMsMzdKsGjqbz/>. Acesso em: 27 nov. 2023.

CAMPBELL-JACKSON, L.; BEZANCE, J.; HORSCH, A. A renewed sense of purpose: mothers' and fathers' experience of having a child following a recent stillbirth. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 1, p. 1-12, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0423-x>. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0423-x>. Acesso em: 29 nov. 2023.

CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY STATEMENT. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. **Paediatrics Child Health**, Ottawa, v. 6, n. 7, p. 469-477, set. 2001. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807762/>. Acesso em 04 dez. 2023.

CECATTI, J. G. *et al.* Aborto no Brasil: um enfoque demográfico. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 105-111, mar. 2010. DOI: 10.1590/S0100-72032010000300002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/sPcBJYNPPk4K9XBj55pgNgj/>. Acesso em: 27 nov. 2023.

CURI, P. L. Por que não escutar as mulheres? O que elas têm a dizer sobre seus abortos?. **Percorso Acadêmico**, Belo Horizonte, v. 6, n. 11, p. 42-59, jan./jun. 2016. DOI: 10.5752/P.2236-0603.2016v6n11p42. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/percurso_academico/article/view/P.2236-0603.2016v6n11p42. Acesso em: 27 nov. 2023.

GESTEIRA, S. M. dos A.; BARBOSA, V. L.; ENDO, P. C. O luto no processo de aborto provocado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 462-467, dez. 2006. DOI: 10.1590/S0103-21002006000400016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/hgSMBJmG7yMrq7mRRMkM9Gx/?lang=pt>. Acesso em: 27 nov. 2023.

HUTTI, M. H. Social and professional support needs of families after perinatal loss. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs**, [S.I.], v. 34, n. 5, p. 630-638, set./out. 2005. DOI: 10.1177/0884217505279998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16227519/>. Acesso em: 4 dez. 2023.

KALU, F. A. Women's experiences of utilizing religious and spiritual beliefs as coping resources after miscarriage. **Religions**, Irlanda, v. 10, n. 3, p. 1-9, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.3390/rel10030185>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/10/3/185>. Acesso em: 29 nov. 2023.

LI *et al.* Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *N Engl J Med.*, v. 352, n. 12, p. 1190-1196, mar. 2005. DOI: 10.1056/NEJMoa033160. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15788495/> Acesso em: 29 nov. 2023.

LOPES, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre perda gestacional. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29 nov. 2023.

MEANEY *et al.* Experience of miscarriage: an interpretative phenomenological analysis. **BMJ Open**, Londres, v. 7, n. 3, p. 1-7, mar. 2017. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-011382. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/3/e011382>. Acesso em: 27 nov. 2023.

MILLS *et al.* Parents' experiences and expectations of care in pregnancy after stillbirth or neonatal death: a metasynthesis. **BJOG**, [S.l.], v. 121, n. 8, p. 943-950, mar. 2014. DOI: 10.1111/1471-0528.12656. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24589119/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

MONTERO *et al.* A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1405-1412, nov./dez. 2011. DOI: 10.1590/s0104-11692011000600018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rvae/a/8sxFgPXFfJBKrCPSbXK5VS/>. Acesso em: 04 dez. 2023.

OLIVEIRA *et al.* Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 20, n. 2, p. 373-384, abr./jun. 2020. DOI: 10.1590/1806-93042020000200003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tX8xjD4L48d5wRfPnfY6RkF/>. Acesso em: 27 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo**. Genebra, 8 mar. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/pt/publications/item/9789240045163>. Acesso em: 27 nov. 2023.

PAPALIA, D. E.; MARTORELL, G. **Desenvolvimento humano**. 14 ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2022.

PARIS, G. F.; MONTIGNY F. de; PELLOSO S. M. Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 546-553, 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000500002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mg83ySsNMzN4Wf6kkVxLhrx/>. Acesso em: 27 nov. 2023.

PARIS, G. F.; MONTIGNY F. de; PELLOSO S. M. Adaptação transcultural e evidências de validação da Perinatal Grief Scale. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 1-10, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017005430015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/d7qVdWWNXnJVZCmvKPFnk3D/?lang=en>. Acesso em: 27 nov. 2023.

PARIS, G. F.; MONTIGNY F. de; PELLOSO S. M. Equivalência da Escala de Luto Perinatal para Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 21, p. 1-8, 2022. DOI: 10.4025/ciencuidaude.v21i0.59136. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/59136>. Acesso

em: 27 nov. 2023.

PRIGERSON *et al.* Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. **PLoS Med.**, Bethesda, v. 10, n. 12, dez. 2013. DOI: 10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbdb2463b5ea. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbdb2463b5ea>. Acesso em: 13 maio 2024.

ROGERS *et al.* Long-term effects of the death of a child on parents' adjustment in midlife. **J Fam. Psychol.**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 203-211, abr. 2008. DOI: 10.1037/0893-3200.22.2.203. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18410207/>. Acesso em: 29 nov. 2023

SALGADO *et al.* The perinatal bereavement project: development and evaluation of supportive guidelines for families experiencing stillbirth and neonatal death in Southeast Brazil - a quasi-experimental before-and-after study. **Reproductive Health**, [S. l.], v. 18, n. 5, p. 1-17, 2021. DOI: 10.1186/s12978-020-01040-4. Disponível em: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-01040-4>. Acesso em: 27 nov. 2023.

SONG *et al.* Long-term effects of child death on parents' health related quality of life: a dyadic analysis. **Fam. Relat.**, [S. l.], v. 59, n. 3, p. 269-282, jul. 2010. DOI: 10.1111/j.1741-3729.2010.00601.x. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20676393/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

THOMAS, J. The Child Bereavement Trust: caring for bereaved families. **British Journal of Midwifery**, Londres, v. 5, n. 8, p. 474-477, ago. 1997. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjom.1997.5.8.474>. Disponível em: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.1997.5.8.474#>. Acesso em: 04 dez. 2023.

VESCOVI *et al.* Construction of meaning in pregnancy loss: qualitative study with Brazilian couples. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 27, n. 3, p. 411-424, jul./set. 2022. DOI: 10.1590/1413-82712022270301. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/Ym9tRhLCxH8yHcsvBHKZc5s/?lang=en>. Acesso em: 27 nov. 2023.

Tabela 1 - Dados Sociodemográficos

Nível de Escolaridade	Percentual	Amostra
Ensino Superior Incompleto	25,50%	12
Ensino Médio Completo	25,50%	12
Especialização	17,00%	8
Mestrado	12,80%	6
Ensino Superior Completo	8,50%	4
Doutorado	6,40%	3
Ensino Médio Incompleto	2,10%	1
Ensino Fundamental Completo	2,10%	1
Estado Civil	Percentual	Amostra
Casado(a)	53,20%	25
União estável	25,50%	12
Solteiro(a)	10,60%	5
Divorciado(a)	8,50%	4
Viúvo(a)	2,10%	1
Tempo de relacionamento	Percentual	Amostra
Mais de 5 anos	71,10%	27
3-5 anos	13,20%	5
1-2 anos	7,90%	3
Nunca teve um relacionamento	5,30%	2
Menos de 1 ano	2,60%	1
Situação Empregatícia	Percentual	Amostra
Está trabalhando	74,50%	35
Não está trabalhando	25,50%	12
Renda familiar	Percentual	Amostra
3-5 salários-mínimos	46,80%	22
Menos que 2 salários-mínimos	21,30%	10
6-8 salários-mínimos	19,10%	9
Mais que 8 salários-mínimos	12,80%	6
Religião	Percentual	Amostra
Católica	61,70%	29
Sem religião	14,90%	7
Protestante ou Evangélica	12,80%	6

Umbanda ou Candomblé	6,40%	3
Espírita	4,30%	2
Número de filhos	Percentual	Amostra
Um(a) filho(a)	31,90%	15
Dois filhos	29,80%	14
Não tem filhos	29,80%	14
Três filhos	6,40%	3
Quatro filhos ou mais	2,10%	1

Fonte: dados da pesquisa (2024).

Tabela 2 - Dados sobre a gestação

Tempo desde a perda	Percentual	Amostra
Mais de um ano	55,30%	26
Menos de um ano	44,70%	21
Número de perdas	Percentual	Amostra
Uma perda	61,70%	29
Duas perdas	31,90%	15
Mais de duas perdas	6,40%	3
Tipo de perda	Percentual	Amostra
Aborto Espontâneo	80,90%	38
Aborto Provocado	6,40%	3
Natimorto	6,40%	3
Mais de um tipo de perda	6,40%	3
Momento da perda	Percentual	Amostra
Primeiro trimestre (1-12 semanas)	76,60%	36
Segundo trimestre (13-26 semanas)	14,90%	7
Terceiro trimestre (27-40 semanas)	6,40%	3
No nascimento	2,10%	1
Filho(a) antes da perda	Percentual	Amostra
Não tinha	61,70%	29
Um	31,90%	15
Dois	6,40%	3
Quer/queria ter filhos após a perda	Percentual	Amostra
Sim	83%	39

Não	17%	8
Abalo no relacionamento conjugal	Percentual	Amostra
Ficamos mais próximos	42,60%	20
O relacionamento continuou o mesmo	23,40%	11
Voltamos a ser como antes após um tempo	12,80%	6
Nosso relacionamento nunca mais foi igual	10,60%	5
Me separei/divorciei	10,60%	5
Pré-natal psicológico	Percentual	Amostra
Nunca ouvi falar sobre	46,80%	22
Não	44,70%	21
Sim	8,50%	4
Atendimento psicológico após a perda	Percentual	Amostra
Não	63,80%	30
Sim	36,20%	17
Grupo de apoio sobre a perda	Percentual	Amostra
Não	93,60%	44
Sim	6,40%	3

Fonte: dados da pesquisa (2024).

Tabela 3 - Resultados da Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho

Soma das respostas (n=47)	Percentual	Amostra
Soma inferior à 90 pontos	76,60%	36
Soma acima de 90 pontos	23,40%	11
Participantes com mais de um ano de perda (n=26)	Percentual	Amostra
Soma inferior à 90 pontos	73,10%	19
Soma acima de 90 pontos	26,90%	7
Participantes com menos de um ano de perda (n=21)	Percentual	Amostra
Soma inferior à 90 pontos	81,00%	17
Soma acima de 90 pontos	19,00%	4

Fonte: dados da pesquisa (2024).

Tabela 4 - Somas das Subescalas

Subescalas da Escala de Luto Parental após a Perda de um Filho	Questões	Resultados totais	Médias	Desvio Padrão
--	----------	-------------------	--------	---------------

Subescala I - Sofrimento ativo	1 a 11	1244	2,4	1,5
Subescala II - Dificuldade de enfrentar a situação	12 a 22	876	1,6	1,2
Subescala III - Desespero	23 a 33	935	1,8	1,3

Fonte: dados da pesquisa (2024).

Tabela 5 - Critérios de diagnóstico de Transtorno do Luto Prolongado conforme o DSM-5-TR

A perda gestacional ocorreu há pelo menos 1 ano (Critério A)	Percentual	Amostra
Não	44,70%	21
Sim	55,30%	26
No último mês, sentiu anseio ou saudades intensa pelo bebê, quase diariamente (Critério B)	Percentual	Amostra
Não	76,60%	36
Sim	23,40%	11
No último mês, se preocupou com pensamentos sobre o bebê quase diariamente (Critério B)	Percentual	Amostra
Não	78,70%	37
Sim	21,30%	10
No último mês, sentiu frequentemente perturbações de identidade (Critério C)	Percentual	Amostra
Não	80,90%	38
Sim	19,10%	9
No último mês, sentiu descrença sobre a morte, quase diariamente (Critério C)	Percentual	Amostra
Não	78,70%	37
Sim	21,30%	10
No último mês, tentou frequentemente evitar lembrar que seu(sua) filho(a) morreu (Critério C)	Percentual	Amostra
Não	72,30%	34
Sim	27,70%	13
No último mês, quase todos os dias, sentiu dor emocional intensa (ex. raiva, amargura, tristeza) relacionadas a morte (Critério C)	Percentual	Amostra
Não	83,00%	39
Sim	17,00%	8
Sente dificuldade de se reintegrar as atividades e relacionamentos que tinha antes da perda (Critério C)	Percentual	Amostra
Não	87,20%	41
Sim	12,80%	6

Sentiu um entorpecimento emocional, ausência ou redução acentuada das suas emoções após a morte (Critério C)	Percentual	Amostra
Não	63,80%	30
Sim	36,20%	17
No último mês, sentiu que a vida não tem mais sentido após a perda (Critério C)	Percentual	Amostra
Não	85,10%	40
Sim	14,90%	7
No último mês, sentiu frequentemente uma solidão intensa por causa da perda (Critério C)	Percentual	Amostra
Não	78,70%	37
Sim	21,30%	10
Após a perda, tem tido prejuízos na sua vida social ou de trabalho (Critério D)	Percentual	Amostra
Não	74,50%	35
Sim	25,50%	12
As pessoas próximas acham que o luto excede o normal (Critério E)	Percentual	Amostra
Não	83,00%	39
Sim	17,00%	8
Possui um diagnóstico de transtorno como: transtorno depressivo maior ou transtorno de estresse pós-traumático (Critério F)	Percentual	Amostra
Não	89,40%	42
Sim	10,60%	5
Utiliza alguma medicação sem prescrição médica (Critério F)	Percentual	Amostra
Não	87,20%	41
Sim	12,80%	6
Possui problemas com o uso de alguma substância psicoativa como por exemplo álcool ou medicação (Critério F)	Percentual	Amostra
Não	95,70%	45
Sim	4,30%	2

Fonte: dados da pesquisa (2024).