



Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses*

Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian women

Factores asociados con el estado de duelo después de muerte fetal: estudio comparativo entre brasileñas y canadienses

Gisele Ferreira Paris¹, Francine de Montigny², Sandra Marisa Pelloso³

Como citar este artigo:

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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500002>

* Extraído da tese “Luto por óbito fetal: estudo comparativo entre mulheres brasileiras e canadenses”, Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, 2015.

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Francisco Beltrão, PR, Brasil.

² Université du Québec en Outaouais, Gatineau, QC, Canadá.

³ Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Maringá, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To verify the association between complicated grief and sociodemographic, reproductive, mental, marital satisfaction, and professional support characteristics in women after stillbirth. **Method:** Cross-sectional study with 26 women who had stillbirth in 2013, living in the city of Maringá, Brazil, and eight women who attended the *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* at the University of Quebec en Outaouais, in Canada. The instrument was administered as an interview to a small number of mothers of infants up to three months (n=50), who did not participate in the validation study. **Results:** By applying the short version of the Perinatal Grief Scale, the prevalence of complicated grief in Brazilian women was found to be higher (35%) in relation to Canadian women (12%). Characteristics of the Brazilian women associated with the grief period included the presence of previous pregnancy with live birth, absence of previous perinatal loss, postpartum depression, and lack of marital satisfaction. For the Canadians it was observed that 80% of the women presenting no grief made use of the professional support group. In both populations the occurrence of complicated grief presented a higher prevalence in women with duration of pregnancy higher than 28 weeks. **Conclusion:** The women that must be further investigated during the grief period are those living in Brazil, making no use of a professional support group, presenting little to no marital satisfaction, having no religion, and of a low educational level.

DESCRIPTORS

Fetal Death; Grief; Obstetric Nursing; Psychometrics; Comparative Study.

Autor correspondente:

Gisele Ferreira Paris
Universidade Estadual do Oeste
do Paraná – Campus Francisco Beltrão
Rua Maringá, 1200
CEP 85605-010 – Francisco Beltrão, PR, Brasil
gfparis18@gmail.com

Recebido: 17/12/2015
Aprovado: 23/07/2016

INTRODUÇÃO

As questões relativas ao óbito fetal, também designado natimorto ou nascido morto, definido enquanto a morte de um feto antes ou durante o parto, a partir de 22 semanas de gestação, não recebem a mesma atenção em relação às medidas de redução da mortalidade materna e infantil, conforme a preconização da Organização das Nações Unidas⁽¹⁻²⁾.

Nas últimas décadas, em diversos países do mundo, observa-se pouca diminuição ou estabilidade nos coeficientes de mortalidade fetal. A taxa de natimortalidade não é uma questão exclusiva dos países em desenvolvimento. Entre os países desenvolvidos, há uma variação na taxa de mortes fetais que poderiam ser evitadas por corretas intervenções⁽³⁻⁴⁾. Nos países em desenvolvimento, o óbito fetal, apesar de ter influência das mesmas circunstâncias e etiologias que a mortalidade neonatal precoce, ainda é pouco pesquisado⁽¹⁾.

Entre as estratégias adotadas para diminuir a mortalidade perinatal, o governo brasileiro criou os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal desde 2004, para acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais, e propor intervenções para redução da mortalidade. No entanto, mesmo em municípios com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), referência em serviços de saúde no que tange à investigação dos óbitos e gestão e planejamento das ações em saúde para a evitabilidade, no estado do Paraná, a tendência da mortalidade fetal permaneceu estável na última década⁽⁵⁾.

Quanto à perspectiva das mulheres que tiveram óbito fetal, estudos demonstram que algumas delas conseguem superar a perda, mas, em outros casos, este processo pode ser bastante traumatizante, gerando perturbações psicológicas⁽⁶⁾, como depressão^(4,6-7), ansiedade⁽⁴⁾, transtorno de estresse pós-traumático^(6,8) e o luto complicado^(6,9-10).

O luto complicado foi recentemente reconhecido como um transtorno mental e foi proposta a sua introdução nos diagnósticos da quinta e mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) e na futura nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11)⁽¹¹⁾. O luto complicado é definido como sofrimento intenso, persistente, angustiante e incapacitante, tornando-se um grave problema de saúde e refletindo sobre a pessoa, sua família e até a sociedade⁽¹¹⁾, por uma inadaptação no rompimento de uma relação significativa ao longo da vida⁽⁹⁾.

As manifestações do desenvolvimento do luto complicado são mais comuns na população do sexo feminino e depois da perda de um filho⁽¹²⁾, sendo maior o luto conforme menor for a idade dos filhos⁽¹³⁾ e dos filhos nascidos mortos⁽¹⁴⁾. Com relação ao filho que nasce morto, a mulher experimenta um luto diferente⁽¹⁵⁾ de qualquer outra forma de tristeza, pois foram meses de planejamento e expectativas para o desfecho de um nascimento sem sinais de vida⁽⁴⁾, o que demanda tempo e ajuda para superação da perda⁽⁶⁾.

Para uma assistência de enfermagem efetiva junto às mulheres que tiveram óbito fetal, é primordial uma investigação antecipatória do processo de luto, para planejamento das intervenções necessárias em cada caso⁽²⁾. Nos países menos desenvolvidos ainda não existe uma proposta

organizada de política pública de referência na assistência ao luto das mulheres e familiares⁽⁴⁾. A identificação dos fatores associados ao luto complicado em mulheres após óbito fetal, em dois países distintos, por meio de convênio entre as Pós-Graduações das Universidades dos países oportuniza uma qualificação profissional especializada na área do luto perinatal e um suporte ao luto.

Considerando-se a literatura exposta, depreende-se a necessidade de estudos sobre o estado de luto nas mulheres após óbito fetal, para apoio e revelação dos casos prolongados. Neste contexto, para a adequada avaliação do fenômeno do luto, foi proposto o presente estudo, com o objetivo de verificar a associação entre o luto complicado e as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, de satisfação conjugal e apoio profissional em mulheres após óbito fetal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, exploratório, com 26 mulheres que tiveram óbito fetal, registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), residentes no município de Maringá (PR) no ano de 2013, e 18 mulheres participantes do *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* (CERIF) na Universidade do Quebec em Outaouais, no Gatineau, Quebec, Canadá nos anos de 2010 a 2014.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um formulário envolvendo as características sociodemográficas (idade da mulher na perda, situação conjugal, escolaridade, situação de emprego, religião, prática da religião, visita de religioso, tempo de união), reprodutivas (idade gestacional na perda, gestações anteriores, perdas gestacionais anteriores, planejamento da gravidez, tempo da perda), e utilização ou não de grupo de apoio profissional, além de um questionário autoaplicável contemplando as características mentais (versão curta da *Perinatal Grief Scale*, Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, Escala de Ansiedade e satisfação conjugal).

A coleta de dados foi realizada no Canadá de 2010 a 2014, e no Brasil de 2013 a 2014. Foram excluídas as mulheres não localizadas nos endereços de referência para coleta de dados.

A versão curta da *Perinatal Grief Scale*, traduzida para o português como Escala de Luto Perinatal (ELP), adaptada e validada para o português do Brasil e francês do Canadá⁽²⁾, apresenta 33 afirmações psicométricas de fatores que dizem respeito à sintomatologia da adaptação na perda. Inclui sinais de luto, choro, tristeza e saudades do bebê, dificuldades no desempenho de atividades e no relacionamento com os outros, e sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal. Para a avaliação das características psicométricas, a ELP é amparada em uma escala do tipo Likert, com cinco opções de resposta variando de um a cinco pontos, de discordo totalmente a concordo totalmente, e um intervalo de 33 a 165 pontos⁽¹⁶⁾.

A ELP^(9-10,16) é o instrumento que mede com mais precisão a identificação do luto perinatal. Originalmente escrita na língua inglesa, foi primeiramente aplicada em uma população dos Estados Unidos⁽¹⁶⁾, e tem sido utilizada em várias pesquisas de diversos países do mundo^(9-10,16).

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, traduzida para o português⁽¹⁷⁾ e o francês⁽¹⁸⁾, é utilizada para identificação da depressão pós-parto. Consiste em uma escala contendo dez afirmações autoaplicáveis, com quatro opções de resposta, variando de zero a três pontos, e um somatório total de zero a 30 pontos. O ponto de corte utilizado para rastrear casos de depressão moderados ou graves é ≥ 11 ⁽¹⁷⁾.

A escala utilizada para identificar o traço e o estado de ansiedade, traduzida para o português⁽¹⁹⁾ e o francês⁽²⁰⁾, contém 20 itens em relação ao que a mulher sente geralmente no seu dia a dia e o que ela sente no momento em que está respondendo. As opções de resposta da escala variam de nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito. A soma da escala varia de 20 a 80 pontos, sendo considerada presença de ansiedade leve quando obtiver menos de 33 pontos, ansiedade moderada com pontuação entre 33 e 49, e ansiedade alta com mais de 49 pontos⁽¹⁹⁾.

Para a satisfação conjugal foram utilizados quatro itens da Escala de Ajustamento Didático (confiança no parceiro, pensamento em separação, bom relacionamento conjugal e felicidade conjugal), traduzida para o português⁽²¹⁾ e o francês⁽²²⁾. O instrumento é respondido por meio de uma escala tipo Likert, variando de cinco a zero pontos, significando quanto à percepção de vida como casal, e corresponde respectivamente à variação entre sempre, maior parte do tempo, frequentemente, ocasionalmente, raramente, nunca. Quanto à felicidade do relacionamento, a escala varia de extremamente feliz, muito feliz, feliz, um pouco triste, muito triste, extremamente triste⁽²¹⁾.

PROCEDIMENTO DE ANÁLISE

O ponto de corte para identificação do estado de luto configura-se com o somatório maior que 90 da ELP para as mulheres com luto complicado, e o somatório menor que 90 para mulheres sem luto⁽¹⁶⁾.

Para verificar a associação entre o estado de luto (variável dependente) e as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, de satisfação conjugal e apoio profissional da mulher (variáveis independentes), foi utilizado o *odds ratio* (OR), com nível de significância estatística fixado em $p \leq 0,05$ pelo programa Epi Info® 6.0. Na sequência, para melhor visualização, foi realizada a análise multivariada de correspondência múltipla com as principais variáveis relevantes associadas ao estado do luto na análise bivariada e amparo da literatura,

sendo: anos de estudo, prática da religião, pensamento em separação e participação em grupo de apoio profissional, pelo programa Statística 6.0.

A análise de correspondência múltipla é uma técnica descritiva, que possibilita a interpretação das associações entre duas ou mais variáveis para uma representação gráfica em dois eixos. A técnica procura explicar ao máximo a variabilidade dos dados, por meio da projeção dos pontos no plano bidimensional, o que permite a visualização de padrões de “proximidade” entre os pontos e a interpretação das associações entre as variáveis.

Para análise de correspondência múltipla, as variáveis foram rotuladas com os valores de 1 (sim) e 2 (não), e na interpretação foram considerados os dois eixos (1 para o lado esquerdo e 2 para o lado direito). O eixo 1 apresenta as respostas negativas, que para este estudo mostrou as variáveis não associadas ao estado de luto, e o eixo 2 demonstra as respostas positivas, as associadas ao estado de luto.

O estudo seguiu as normas de pesquisa envolvendo seres humanos conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá, sob o parecer n. 407.840/2013.

RESULTADOS

No ano de 2013, ocorreram 30 óbitos fetais de mães residentes em Maringá. A partir do endereço da declaração de óbito registrados no SIM, foram excluídas quatro mulheres que não residiam no endereço informado, totalizando 26 participantes. Dentre as mulheres que participaram do CERIF no período de 2010 a 2014, 18 tiveram óbito fetal. A presença do luto, identificado pela ELP, foi maior entre as brasileiras, com prevalência de 35%, em relação à prevalência de 12% nas canadenses.

As características sociodemográficas e a associação com o estado de luto complicado após óbito fetal nas brasileiras foram idade entre 20 e 34 anos, sem parceiro, escolaridade menor que 12 anos, sem emprego remunerado ($p \geq 0,05$), não praticante da religião e ausência de visita de religioso ($p \leq 0,05$). Para as canadenses, o luto complicado teve associação com a não escolha da religião, e a não visita religiosa foi fator protetor para não manifestação do luto complicado ($p \geq 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 – Análise bivariada de associação entre as características sociodemográficas das mulheres que tiveram óbito fetal e o luto complicado – Maringá, PR, Brasil/Gatineau, QC, Canadá, 2015.

Características	Brasileiras					Canadenses				
	Com luto		Sem luto		OR	Com luto		Sem luto		OR
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Idade mulher										
20 a 34	6	37,5	10	62,5	1,4	2	15,3	11	84,7	–
< 20 ou ≥ 35	3	30,0	7	70,0	–	–	–	5	100,0	–
Situação conjugal										
Sem parceiro	2	50,0	2	50,0	2,1	–	–	–	–	–
Com parceiro	7	32,0	15	68,0	–	2	11,0	16	89,0	–
Escolaridade										
< 12 anos	7	36,8	12	46,2	1,4	–	–	–	–	–
≥ 12 anos	2	29,0	5	71,0	–	2	11,0	16	89,0	–

continua...

...continuação

Características	Brasileiras					Canadenses				
	Com luto		Sem luto		OR	Com luto		Sem luto		OR
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Emprego										
Sem	4	40,0	6	60,0	1,4	–	–	3	100,0	–
Com	5	31,5	11	68,5		2	13,3	13	86,7	
Escolha religião*										
Não	–	–	1	100,0	–	1	12,5	7	87,5	1,2
Sim	9	36,0	16	64,0		1	10,0	9	90,0	
Prática religião										
Não	8	88,9	5	29,4	19,2†	–	–	4‡	100,0	–
Sim	1	11,1	12	70,6		1	16,7	5	83,3	
Vísita religiosa										
Não	7	77,8	2	21,8	26,2†	1	7,7	12	92,3	0,3
Sim	2	22,2	15	88,2		1	20,0	4	80,0	

* Identificadas as religiões Católica ou Evangélica; † $p \leq 0,05$; ‡ Não se aplica para as demais oito mulheres, pois não têm escolha de religião; OR: *odds ratio*.

Quanto às características reprodutivas e a associação com o estado de luto complicado, para as brasileiras foram a presença dos fatores: filho nascido vivo anteriormente, não ocorrência de perda anterior e gravidez não planejada. Para as canadenses, foi a ocorrência da perda há menos de

um ano. Para as duas populações, o fator associado ao luto complicado foi idade gestacional maior que 28 semanas ($p \geq 0,05$). Exclusivamente para as brasileiras, o luto complicado teve associação com ansiedade alta ($p \geq 0,05$) e depressão pós-parto ($p \leq 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 – Análise bivariada de associação entre as características de saúde reprodutiva e mental das mulheres que tiveram óbito fetal e o luto complicado – Maringá, PR, Brasil/ Gatineau, QC, Canadá, 2015.

Características	Brasileiras					Canadenses				
	Com luto		Sem luto		OR	Com luto		Sem luto		OR
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Idade gestacional										
≥ 29 semanas	4	44,4	10*	66,7	2,5	1	50,0	4†	26,7	2,7
≤ 28 semanas	5	55,6	5	33,3		1	50,0	11	73,3	
Filho nascido vivo										
Sim	6	66,6	7	41,2	2,8	1	50,0	3	18,8	4,3
Não	3	44,4	10	58,8		1	50,0	13	81,2	
Perdas anteriores										
Não	9	100,0	12	70,6	2,0	–	–	10	62,5	–
Sim	–	–	5	29,4		2	100,0	6	40,0	
Gravidez planejada										
Não	6	66,7	11	64,7	1,0	–	–	–	–	–
Sim	3	33,3	6	35,3		2	100,0	16	100,0	
Tempo da perda										
< 1 ano	9	34,6	17	65,4	–	1	33,3	2	77,7	7,0
≥ 1 ano	–	–	–	–		1	6,7	14	93,7	
Depressão										
Sim (≥ 11)	8	57,2	6	42,8	14,6‡	2	50,0	2	50,0	–
Não (< 11)	1	8,3	11	91,7		–	–	14	100,0	
Ansiedade										
Alta (50-62)	6	37,5	10	62,5	1,7	1	11,1	8	99,9	–
Moderada (42-49)	3	30,0	7	70,0		1	11,1	8	99,9	

* Uma mulher com idade gestacional não declarada no cartão de acompanhamento pré-natal e uma mulher não realizou pré-natal; † Uma canadense com idade gestacional não declarada; ‡ $p \leq 0,05$; OR: *odds ratio*.

Em relação à satisfação conjugal, embora as brasileiras com luto confiassem no parceiro, pensaram seis vezes mais em separação, tinham mais chance de não ter um bom relacionamento e menos felicidade conjugal. O tempo de união menor que cinco anos esteve associado ao estado de luto

nas duas populações. Para as canadenses, com exceção do menor tempo de união, todas as demais características de satisfação conjugal não tiveram associação com o estado de luto, e 80% das mulheres canadenses sem luto utilizaram grupo profissional de apoio (Tabela 3) ($p \geq 0,05$).

Tabela 3 – Análise bivariada de associação entre as características de satisfação conjugal e utilização de grupo de apoio das mulheres que tiveram óbito fetal e o luto complicado – Maringá, PR, Brasil/Gatineau, QC, Canadá, 2015.

Características	Brasileiras				OR	Canadenses				OR
	Com luto		Sem luto			Com luto		Sem luto		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Confiança parceiro										
Sim*	8	38,0	13	62,0	2,4	2	11,7	15	88,3	–
Não†	1	20,0	4	80,0		–	–	1	100,0	
Pensou separação										
Sim*	4	66,7	2	33,3	6,0	–	–	–	–	–
Não†	5	25,0	15	75,0		2	11,1	16	88,9	
Bom relacionamento										
Não†	3	60,0	2	40,0	3,7	–	–	–	–	–
Sim*	6	28,5	15	71,5		2	11,1	16	88,9	
Felicidade conjugal										
Não	2	50,0	2	50,0	2,1	1	100,0	–	–	–
Sim	7	32,0	15	68,0		1	5,9	16	94,1	
Tempo de união										
≤ 5 anos	6‡	85,7	1	14,3	3,2	1	50,0	1	50,0	1,6
> 5 anos	11	65,0	6	35,0		6	37,5	10	62,5	
Grupo profissional										
Não	9	35,0	17	65,0	–	–	–	8	100,0	–
Sim	–	–	–	–		2	20,0	8	80,0	

* Sim para sempre, maior parte do tempo, frequentemente; † Não para ocasionalmente, raramente, nunca; ‡ Duas mulheres sem relacionamento, p ≥ 0,05; OR: odds ratio.

A análise multivariada de correspondência múltipla (Figura 1) identificou o perfil das mulheres que tiveram óbito fetal e que deveriam ser acompanhadas pelo oposto da associação das características nos dois eixos do mapa (direito e esquerdo) entre as brasileiras e canadenses. As

mulheres que mais devem ser investigadas no estado de luto (eixo direito) são as que moram no Brasil, não utilizam grupo profissional de apoio, pensaram em separação, não praticavam religião e apresentaram escolaridade igual ou menor a 11 anos de estudo.

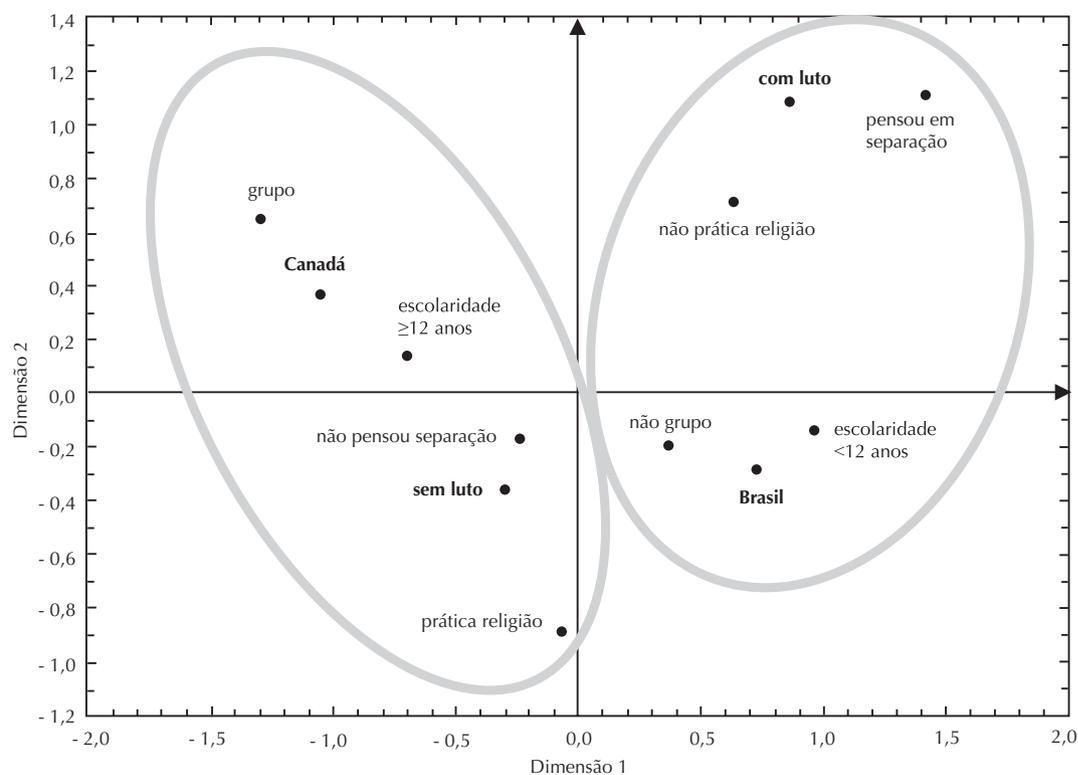


Figura 1 – Mapa de análise multivariada de correspondência múltipla para as variáveis Brasil, Canadá, estado de luto, prática da religião, utilização de grupos de apoio e anos de estudo.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu um conhecimento quanto às características específicas, que estão associadas ou não ao estado de luto complicado das mulheres. Demonstraram-se, assim, os fatores que devem ser mais investigados na intenção de uma melhor atenção profissional e minimização dos agravos potenciais nos casos de mulheres que tiveram a experiência do óbito fetal. Este foi o primeiro estudo de aplicação da ELP nas populações pesquisadas, criando-se a possibilidade de contínuos estudos, a fim de se verificar uma modificação em função do tempo.

A alta prevalência do estado de luto complicado e a associação deste com os sintomas de depressão e ansiedade nas mulheres brasileiras foi devido, principalmente, à inexistência de grupos profissionais de apoio ao enfrentamento do luto, tendo em vista que 80% das mulheres canadenses sem luto haviam participado de grupos de apoio. Assim, é observado que a necessidade social dos pais de nascidos vivos, amparada pelo apoio profissional em relação à melhoria na comunicação do casal e qualidade do relacionamento conjugal⁽²³⁾ é a mesma demonstrada pelos pais de nascido mortos⁽²⁴⁾.

Há uma necessidade de reconhecimento da morte fetal pela sociedade, pois a participação dos pais no processo da morte com apoio da família, dos amigos e dos profissionais da saúde é fundamental para o enfrentamento e superação da perda⁽²⁴⁾. Após a ocorrência do natimorto, as mulheres controlam suas emoções por si mesmas, sentem-se isoladas com seus problemas e preocupações, e não encontram espaço para expressão da dor, obstruindo a elaboração do luto e influenciando negativamente na saúde mental^(4,25).

Os profissionais da saúde, além de poderem oferecer possibilidade de lembranças (contato visual e físico, fios de cabelo, impressão digital dos pés e mãos, etc.) do natimorto aos pais, precisam de treinamento para garantia e entendimento do apoio à essa situação^(24,26). O enfrentamento do luto pelos pais é melhor superado quando têm a oportunidade de conhecer seus bebês⁽²⁷⁾. O ver e o segurar o bebê estão associados com menos sintomas de estresse pós-traumático⁽⁸⁾.

Observa-se uma necessidade de divulgação das experiências de grupos profissionais de saúde com pais que perderam seus filhos, que foram capazes de construir uma cultura de apoio, carinho e respeito ao luto dos pais, ao permitirem que os pais enlutados pudessem compartilhar suas histórias difíceis em público, aprendendo o que pode ser feito para o enfrentamento deste sofrimento e, talvez, até ajudando a prevenir a morte desnecessária de outra criança^(4,26).

A diferença no nível de desenvolvimento entre os países pode ser observada na escolaridade das mulheres. No Brasil,

a maioria de mulheres apresentou menos anos de estudo e não tinha trabalho remunerado; no Canadá, todas as mulheres tinham mais anos de estudo e a maioria tinha trabalho remunerado. Outra questão diretamente relacionada à cultura é a escolha ou prática religiosa, com menor prevalência no Canadá em relação ao Brasil, um país predominantemente cristão. No Brasil, normalmente as mulheres têm a escolha da religião, mas não a praticam, e a visita do religioso foi citada como elemento que contribuiu para o enfrentamento do luto.

Houve semelhança entre os dois países com relação à maior presença de luto complicado na duração da gestação superior a 28 semanas, demonstrando que o investimento materno no bebê tende a ser maior no final da gestação. A presença do estado de luto nas brasileiras múltiparas com ausência de perdas perinatais, bem como ao tempo menor que um ano para as canadenses, revelam a necessidade de estudos em cada realidade, uma vez que, em outra população, se verificou associação de complicações da saúde mental em relação ao tempo maior que um ano da perda, também em mulheres múltiparas, e na presença de caso de aborto anterior induzido⁽⁸⁾.

Dentre as limitações do estudo, inclui-se o tipo de estudo. Embora o universo do estudo incluía um número pequeno de participantes, a população constou de todas as mulheres que tiveram óbito fetal no ano de 2013 e os testes estatísticos apresentaram robustez nos resultados.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou os principais fatores que merecem ser investigados na identificação do luto em mulheres que experienciaram óbito fetal: mulheres residentes no Brasil, que não utilizam grupo profissional de apoio, sem satisfação conjugal, não praticantes de religião e com menor escolaridade.

As brasileiras são as que mais necessitam de atenção dos profissionais de saúde, apoio dos enfermeiros nos seus processos psíquicos, e um trabalho transdisciplinar nas maternidades e serviços de saúde, para que se possa considerar legítimo o sofrimento psíquico dessas mulheres. Ao contrário do Canadá, no Brasil, ainda são poucas e isoladas as referências de grupo profissional de apoio a essas mulheres.

A comparação dos fatores associados ao estado de luto após óbito fetal entre brasileiras e canadenses ampliou a compreensão da ocorrência do luto, proporcionou conhecimento das diferenças e semelhanças do estado de luto por óbito fetal entre distintos países, bem como trouxe indícios acerca da necessidade de atualização dos currículos técnicos e universitários quanto ao preparo e à formação para atuação profissional nas manifestações desse tipo de perda.

RESUMO

Objetivo: Verificar a associação entre o luto complicado e as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, de satisfação conjugal e apoio profissional em mulheres após óbito fetal. **Método:** Estudo transversal com 26 mulheres que tiveram óbito fetal no ano de 2013 residentes no município de Maringá, Brasil, e 18 mulheres participantes do *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale*, na Universidade do Quebec em Outaouais, no Canadá. **Resultados:** Por meio da aplicação da versão curta da *Perinatal Grief Scale*, a prevalência de luto complicado foi maior nas brasileiras (35%) em relação às canadenses (12%). As características das brasileiras associadas ao luto complicado foram a presença de gestação anterior com filho nascido vivo, não ocorrência de perda perinatal anterior, depressão pós-parto e não satisfação conjugal. Para as canadenses, foi observado que 80% das mulheres sem luto utilizaram grupo profissional de apoio. Nas duas populações a ocorrência do luto complicado foi mais frequente nas mulheres com duração na gestação

maior que 28 semanas. **Conclusão:** As mulheres que mais devem ser investigadas no estado de luto são as que moram no Brasil, que não utilizam grupo profissional de apoio, não têm satisfação conjugal, não praticam religião e têm menor escolaridade.

DESCRITORES

Morte Fetal; Pesar; Enfermagem Obstétrica; Psicometria; Estudo Comparativo.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la asociación entre el luto complicado y las características sociodemográficas, reproductivas, mentales, de satisfacción conyugal y apoyo profesional en mujeres después de muerte fetal. **Método:** Estudio transversal con 26 mujeres que pasaron por muerte fetal en el año de 2013 residentes en el municipio de Maringá, Brasil, y 18 mujeres participantes en el *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale*, en la Universidad de Quebec en Outaouais, Canadá. **Resultados:** Mediante la aplicación de la versión corta de la *Perinatal Grief Scale*, la prevalencia de luto complicado fue mayor en las brasileñas (35%) con relación a las canadienses (12%). Las características de las brasileñas asociadas con el luto complicado fueron la presencia de embarazo anterior con hijo nacido vivo, no ocurrencia de pérdida perinatal anterior, depresión post parto y no satisfacción conyugal. Para las canadienses, se observó que el 80% de las mujeres sin luto utilizaron grupo profesional de apoyo. En ambas poblaciones, la ocurrencia del luto complicado fue más frecuente en las mujeres con duración de embarazo mayor que 28 semanas. **Conclusión:** Las mujeres que más se deben investigar en el estado de luto son las que viven en Brasil, que no utilizan grupo profesional de apoyo, no tienen satisfacción conyugal, no practican religión y tienen menor escolaridad.

DESCRIPTORES

Muerte Fetal; Pesar; Enfermería Obstétrica; Psicometría; Estudio Comparativo.

REFERÊNCIAS

- Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, Bhutta ZA, Pattinson RC, Emma R, et al.; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet*. 2016;387(10018):574-86.
- Paris GF, DeMontigny F, Pelloso SM. Adaptação transcultural e evidências de validação da Perinatal Grief Scale. *Texto Contexto Enferm*. 2016;25. No prelo.
- Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, Ellwood D, Erwich JJ, Coory M, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet*. 2016;387(10019):691-702.
- Scott J. Stillbirth: breaking the silence of a hidden grief. *Lancet*. 2011;377(9775):1386-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde. Estatísticas Vitais. Óbito fetal [Internet]. Maringá; 2014 [citado 2015 fev. 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/fet10pr.def>
- Hutti MH, Armstrong DS, Myers JA, Hall LA. Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(1):42-50.
- Susil Kulathilaka S, Hanwella R, Silva VA. Depressive disorder and grief following spontaneous abortion. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2016 Apr 21];16:100. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830021/>
- Gravensteen IK, Jacobsen EM, Rådestad I, Sandset PM, Ekeberg O. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. *BMJ Open*. 2013;3(10):e003323.
- Johnson OP, Langford RW. A randomized trial of a bereavement intervention for pregnancy loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2015;44(4):492-9.
- Ratislavová K, Kalvas F, Beran J. Validation of the czech version of the perinatal grief scale. *Cent Eur J Nurs Midw* [Internet]. 2015 [cited 2015 Aug 7];6(1):191-200. Available from: <http://periodika.osu.cz/cejnm/dok/2015-01/3-ratislavova-kalvas-beran.pdf>
- Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al. Correction: prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD. *PLoS Med*. 2013;10(12):101371.
- Kersting A, Brahler E, Glaesmer H, Wagner B. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord*. 2011;131(1-3):339-43.
- Zetumer S, Young I, Shear MK, Skritskaya N, Lebowitz B, Simon N, et al. The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. *J Affect Disord*. 2015;170:15-21.
- Kersting A. Peripartum depression and grief after pregnancy loss: special problem areas in obstetrics [abstract]. *Nervenarzt*. 2012;83(11):1434-1.
- Murphy S. Reclaiming a moral identity: stillbirth, stigma and 'moral mothers'. *Midwifery*. 2012;28(4):476-80.
- Potvin L, Lasker JN, Toedter LJ. Measuring grief: a short version of Perinatal Grief Scale. *J Psychopathol Behav Assess*. 1989;11(1):29-45.
- Santos IS, Matijasevich A, Tavares BF, Barros AJD, Botelho IP, Lapolli C, et al. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in a sample of mothers from the 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2577-88.
- Guedeney N, Fermanian J. Validation study of the French Version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry*. 1998;13(2):83-9.
- Sand ICPV, Girardon-Perlini NMO, Abreu SM. Ansiedade de familiares de parturientes durante o processo de parto. *Cienc Cuid Saúde*. 2011;10(3):474-81.
- Gauthier J, Bouchard S. Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Can J Behav Sci*. 1993;25(4):559-78.

21. Hernandez JAE. Avaliação estrutural da escala de ajustamento didático. *Psicol Estud.* 2008;13(3):593-601.
22. Baillargeon J, Dubois G, Marineau R. Traduction française de l'Echelle d'ajustement dyadique. *Can J Behav Sci.* 1986;18(1):25-34.
23. Caponi I. L'anxiété paternelle et maternelle postnatale et ses liens avec les dimensions relationnelles [abstract]. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2015;63(1):9-16.
24. Flenady V, Boyle F, Koopmans L, Wilson T, Stones W, Cacciatore J. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG.* 2014;121Suppl 4:137-40.
25. Andersson IM, Nilsson S, Adolfsson A. How women who have experienced one or more miscarriages manage their feelings and emotions when they become pregnant again – a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2012;26(2):262-70.
26. Roberts LR, Montgomery S. Mindfulness-based Intervention for Perinatal Grief after Stillbirth in Rural India. *Issues Ment Health Nurs.* 2015;36(3):222-30.
27. Koch C, Santos C, Santos MR. Study of the measurement properties of the Portuguese Version of the Well-Being Questionnaire12 (W-BQ12) in women with pregnancy loss. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2012;20(3):567-74.

Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Processo n. 99999.011586/2013-03.
