



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**GISELE FERREIRA PARIS**

**LUTO POR ÓBITO FETAL:  
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE MULHERES BRASILEIRAS E  
CANADENSES**

**MARINGÁ  
2015**

**GISELE FERREIRA PARIS**

**LUTO POR ÓBITO FETAL:  
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE MULHERES BRASILEIRAS E  
CANADENSES**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e o processo de cuidado.

Linha de pesquisa: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos de vida.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sandra Marisa Pelloso

**MARINGÁ  
2015**

### Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

P232L	<p>Paris, Gisele Ferreira</p> <p>Luto por óbito fetal: estudo comparativo entre mulheres brasileiras e canadenses / Gisele Ferreira Paris. -- Maringá, 2015.</p> <p>135 f. : il., figs., quadros.</p> <p>Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sandra Marisa Pelloso. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.</p> <p>1. Óbito fetal. 2. Luto. 3. Fenomenologia existencial - Morte. 4. Enfermagem obstétrica. 5. Psicometria. 6. Estudos transculturais. I. Pelloso, Sandra Marisa, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.</p> <p>CDD 22. ed. 610.730698</p>
-------	--

GISELE FERREIRA PARIS

**LUTO POR ÓBITO FETAL:  
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE MULHERES BRASILEIRAS E  
CANADENSES**

Aprovado em: \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sandra Marisa Pelloso  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francine de Montigny  
Université du Québec en Outaouais (UQO)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Dalva de Barros Carvalho  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ieda Harumi Higarashi  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thais Aidar de Freitas Mathias  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Janine Schirmer (suplente)  
Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vanessa Denardi Baldissera (suplente)  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

## **DEDICO**

Ao meu maior tesouro, meu querido filho, Murilo Augusto, por me permitir o maior  
milagre da vida,

À minha admirável mãe, Lourdes, pelo dom da vida, e

Ao meu amado esposo, Wagner, pelo privilégio de tê-lo ao meu lado nos caminhos da  
vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo que tem me proporcionado.

Aos ensinamentos das professoras:

- Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sandra Marisa Pelloso, minha orientadora do Brasil, por ter conduzido tão bem essa minha gestação científica de 40 meses;

- Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francine DeMontigny, minha coorientadora do Canadá, pela sua energia contagiante frente à vida;

- Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thais Aidar de Freitas Mathias, por ter feito eu me apaixonar pela estatística e comitê de mortalidade;

- Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Dalva de Barros Carvalho, pelos meus primeiros ensinamentos do luto ainda na graduação, e

- Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Ieda Harumi Higarashi, pela sua disposição em sempre nos acolher bem.

Aos parceiros da minha vida, Murilo e Wagner, que acreditam neste sonho e me acompanharam ao Canadá, e pela compreensão nas minhas ausências para dedicação ao estudo.

Aos meus pais e família por todo o amor, carinho, proteção e apoio. Sem família nada faz sentido.

Aos amigos da UEM, UQO, Unioeste e UEPG, pela amizade, companhia e incentivo.

As mulheres entrevistadas, que com grande disponibilidade aceitaram a participação da pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos fornecida durante o estágio no exterior.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que fosse possível a realização desta tese.

Vocês são presentes preciosos!

## AGRADECIMENTO HOMENAGEM

*Quero agradecer a presença de todos, pois de alguma forma colaboraram para que este momento pudesse ser realizado. Em especial a sua mãe, minha sogra, que incansavelmente não mediu esforços para esta conquista.*

*Há alguns dias, assisti ao filme da história de Steve Jobs, fundador da Apple, a empresa mais valiosa do planeta. Que como você atingiu seus objetivos com muito trabalho e dedicação e no último minuto tem uma declaração dele sobre a descoberta de novidades que é exatamente o que um pesquisador, que é o que você é hoje, busca em sua carreira profissional, e na hora vi que poderia ser adaptada para este momento. E assim o fiz.*

*Isto é para os dedicados, para aqueles que veem as coisas de forma diferente! você pode citá-los, discordar deles, glorificá-los ou difamá-los, a única coisa que você não pode fazer, é ignorá-los, porque eles transformam as coisas, eles impulsionam a raça humana, para frente, e enquanto alguns podem vê-los como loucos, outros os veem como gênios, porque as pessoas que são loucas o suficiente para achar que podem mudar o mundo são aquelas que o fazem.*

*Gi, parabéns de todos nós. Hoje, você faz parte de 0,07% da população brasileira. Após atravessar muitos rios perigosos, caminhos tortuosos, cheios de buracos, você conseguiu chegar e atingir mais um dos seus objetivos na vida. Doutorado ou Phd que vem do inglês doutor em filosofia, pois o doutor ou doutora é um pensador, sempre com bons argumentos, e isto você sempre tem.*

*Quando você se propõe a fazer doutorado, surge a necessidade de se pesquisar algo inédito, e que faça a diferença. Neste sentido Gi, você se superou. Primeiro pela incansável insistência em atingir este objetivo, iniciado com quatro anos de graduação, depois de alguns anos de trabalho, fez seu mestrado trabalhando, algo extremamente difícil, aí conseguiu virar docente, mas sempre com objetivos maiores, e assim conseguiu aprovação no doutorado, e a partir deste momento os desafios foram ainda maiores, porém o mais importante, todos concluídos com perfeição.*

*Primeiro gravidez de risco e nascimento do Murilo, ai você pensou... como vou fazer agora? filho, doutorado, emprego, distância de casa, mas com a sua calma, dedicação e esforço tudo foi acontecendo de forma organizada.*

*Sendo esta situação já bem tranquila, você conseguiu mais uma coisa inédita, a aprovação para bolsa doutorado sanduíche, pela Capes para estudar um ano no Canadá. Nossa agora sim complicou o que para muitos já era algo impossível, vocêperseguiu e alcançou. E assim fomos nós, eu você e Murilo com apenas 1,5 anos, num país com temperaturas de -30 graus, com língua, cultura e costumes completamente diferentes, e cada um de nós estudando em uma cidade diferente. Mas com sua extrema competência e dedicação, tudo foi maravilhoso.*

*Gostaria que todos meus orientados tivessem a dedicação, o esforço, a capacidade e a busca pela perfeição que você tem. Mas isto tornaria nossa vida muito fácil e o professor/orientador também precisa de desafios e o principal deles é ensinar.*

*Agora algo pessoal que preciso te dizer, eu além de te parabenizar por mais esta conquista, preciso é agradecer você, pois estes quase quatro anos de doutorado, me proporcionaram os melhores momentos de minha vida até aqui. Primeiro ter um filho, depois viver fora do país, em um lugar extraordinário. Por isto não vejo a hora de você fazer um pós-doutorado.*

*Em conversa com o Murilo, anotei algumas coisas que ele me pediu para te dizer: “Mamãe, como ainda não consigo escrever, eu falei para o papai te dizer que estou muito orgulhoso de você e queria agradecer, pois apesar de tanto trabalho que você teve para chegar neste dia, você nunca me deixou em segundo plano, sempre a preferência foi minha, e saibam todos que com tudo isto que minha mãe fez ela me deu de mamar até os dois anos e sete meses”.*

*Mais uma vez, nossos parabéns e com certeza não tinha mulher melhor no mundo para fazer parte da minha vida. Demorei a escolher, mas escolhi certo.*

*Obrigado,  
Te Amo  
Wagner Paris*



“O Senhor, nosso Deus suprirá todas as nossas necessidades”.  
(Filipenses 4:19)

“O longo voo das aves,  
desde o gelado Canadá ao calor do Brasil,  
ultrapassa todas as dificuldades,  
as aves ‘sabem’ o seu destino”  
(Danilo Gandin)

A neve é medida em  
centímetros,  
A vida é medida em momentos.  
(Gisele Paris)

## HOMENAGEM AOS MESTRES

Neste momento especial, não poderia deixar de lembrar as palavras que proferi aos professores na formatura da minha graduação em enfermagem no ano de 2003.

“Mestre, posso sair mais tarde hoje?

Ao contrário do que algumas vezes lhe pedi,  
hoje eu quero é ficar mais um pouco...

Ficar mais alguns instantes para desfrutar da sua presença  
e da proteção que ela me traz...

Ficar para poder admirar, mais uma vez, a sua destreza,  
a sua capacidade de diagnosticar e prognosticar...

Ficar pela segurança de poder contar, contar contigo,  
amparando minhas dúvidas e suscitando em mim  
a maturidade de um profissional.

Ficar porque longe daqui, quem me protegerá com o olhar de um pai?  
Quem me incentivará a não desanimar diante de um insucesso?

Ninguém poderá substituí-lo, mas o que me consola é que  
trago em mim muito de você, muito do que me ensinou.  
E agora me encontro procurando meu estado de aluno,  
sabendo que em instantes me tornarei seu colega,  
porém com a certeza de jamais deixar de ser seu discípulo...

O discípulo que guardará na memória os ensinamentos, o jeito, a pessoa...  
e no coração a gratidão, o respeito e a saudade” (Autor Desconhecido).

PARIS, G. F. **Luto por óbito fetal**: estudo comparativo entre mulheres brasileiras e canadenses. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Sandra Marisa Pelloso. Maringá, 2015.

## RESUMO

A realidade do óbito fetal envolve aspectos de perda e luto que ainda precisam ser discutidos. O estudo teve como objetivos analisar o estado de luto de mulheres que tiveram óbito fetal em duas diferentes culturas; realizar a adaptação transcultural da Escala de Luto Perinatal para o português e o francês; identificar o estado de luto complicado das mulheres que tiveram óbito fetal; verificar a associação do estado de luto complicado das mulheres que experienciaram óbito fetal e as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, apoio profissional e a satisfação conjugal; compreender a experiência de mulheres na ocorrência da perda fetal. Trata-se de um estudo realizado em três momentos: 1) pesquisa metodológica, de adaptação transcultural da Escala de Luto Perinatal (ELP). 2) estudo descritivo exploratório de análise da associação do estado de luto com as características da mulher. 3) pesquisa clínico-qualitativa, por meio de entrevista semidirigida com as mulheres que perderam seus fetos. A população foi composta por todas as mulheres que tiveram óbito fetal no ano de 2013 residentes no município de Maringá-Brasil e participantes do *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* na Universidade do Quebec em Outaouais-Canadá. A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de um questionário abrangendo características sociodemográficas, reprodutivas e mentais, de satisfação conjugal e apoio profissional, e entrevista semidirigida com questões abertas abordando aspectos vivenciados na perda fetal. Para a adequação da ELP nas duas populações, foi empregado o referencial metodológico de adaptação transcultural de instrumentos e efetuada a avaliação da confiabilidade. Para verificar a associação entre o estado de luto e as características da mulher, foi utilizado o *Odds ratio* com  $p \leq 0,05$ . Foi realizada a análise multivariada de correspondência múltipla com as principais variáveis que tiveram associação com o estado de luto. A entrevista semidirigida para aplicação do método clínico-qualitativo foi submetida à análise qualitativa de conteúdo. A ELP, na versão português do Brasil e francês do Canadá, mostrou-se confiável nas duas populações. O coeficiente alfa de Cronbach na ELP aplicada no Brasil foi de 0.93, e na aplicada no Canadá foi de 0.94. O estado de luto foi maior nas brasileiras (35%) em relação às canadenses (12%). As características das brasileiras com luto foram menor escolaridade, gestação anterior com filho nascido vivo, não ocorrência de perda anterior, depressão pós-parto e não satisfação conjugal. Para as canadenses foi observado que 80% das mulheres sem luto haviam utilizado grupo profissional de apoio. Nas duas populações a ocorrência do luto foi mais frequente nas mulheres com idade gestacional maior que 28 semanas, não prática da religião e menor tempo de casal. Da análise qualitativa de conteúdo emergiram três categorias: evolução da gestação em óbito fetal, contato com o bebê nascido morto, assistência no óbito fetal. Foi confirmada a adaptação transcultural da ELP para brasileiras e canadenses, podendo ser utilizada para identificação do estado de luto em mulheres que tiveram óbito fetal, na respectiva versão do idioma de cada país. As mulheres que mais precisam ser investigadas no estado de luto são as habitantes no Brasil, que não utilizam grupo profissional de apoio, não tem satisfação conjugal, não praticam religião e apresentam menor escolaridade.

**Palavras-chave:** Óbito fetal. Luto. Psicometria. Estudos transculturais. Enfermagem obstétrica. Brasil. Canadá.

PARIS, G. F. **Grief for stillbirth**: a comparative study between brazilian and canadian women. 135 f. Thesis (Doctoral in Nursing) – Universidade Estadual de Maringá. Supervisor: Sandra Marisa Pelloso. Maringá, 2015.

### ABSTRACT

The experience of stillbirth involves aspects of loss and grief which have to be investigated and discussed. Current analysis investigates grief conditions of women who experienced stillbirth in two different cultures; undertake the transcultural adaptation of the Perinatal Grief Scale to Portuguese and French; identify the complex grief state of women who experienced stillbirth; verify the association of complex grief state of women with stillbirth and the socio-demographic, reproductive, mental characteristics, coupled to professional help and conjugal satisfaction; understand the experience of women on stillbirth. The study has been developed within three stages: 1) a methodological research involving the transcultural adaptation of the Perinatal Grief Scale (PGS); 2) exploratory, transversal and descriptive research on the association between the grief state and the women's characteristics; clinical-qualitative research employing a semi-directed interview with women who had experienced stillbirth. Population was composed of all women who had had a stillbirth in 2013 in the municipality of Maringá PR Brazil and at the *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* of the University of Quebec in Outaouais, Canada. Data were collected by questionnaire featuring socio-demographic, reproductive and mental characteristics, conjugal satisfaction and professional help, and by a semi-directed interview with open questions on aspects experienced in stillbirth. The methodological referential of transcultural adaptation of instruments and reliability evaluation were employed for PGS consistency between the two populations. Odds Ratio at  $p \leq 0.05$  verified the association between the grief state and the women's characteristics. Multivariate analysis of multiple correspondences was undertaken with the main variables associated with the grief state. The semi-structured interview for the application of the clinical and qualitative method was submitted to qualitative content analysis. The PGS in Brazilian Portuguese and in Canadian French was reliable for the two populations. Cronbach's alpha coefficient in PGS applied in Brazil reached 0.93, with the Canadian one at 0.94. The grief state was greater among Brazilians (35%) when compared to that among Canadians (12%). Post-natal depression and conjugal non-satisfaction were the traits of Brazilian women with low schooling, previous pregnancy with a live born and non-occurrence of a previous loss. The characteristics of Brazilian females in grief featured low schooling, previous pregnancy with live birth, without the occurrence of a previous loss, post-birth depression and conjugal non-satisfaction. Contrastingly, 80% of Canadian women without grief resorted to professional help. The occurrence of grief in the two populations was more frequent in women with pregnancy age over 28 weeks. Content qualitative analysis revealed three categories: evolution of pregnancy in stillbirth, contact with the stillborn, assistance by health professionals. The PGS's transcultural adaptation for Brazilians and Canadians was established and may be employed to identify the grief state in women with stillborn, in their respective version. Canadian females with low schooling and who do not demand professional help, who do not practice any type of religion, lacking conjugal satisfaction must be analyzed in the grief state. Brazilian females in grief who do not seek professional help, who do not practice any religion, with low schooling and without any conjugal satisfaction should be investigated

**Keywords:** Stillbirth. Grief. Psychometry. Transcultural studies. Obstetric nursing. Brazil. Canada.

PARIS, G. F. **Duelo por óbito fetal**: estudio comparativo entre mujeres brasileñas y canadienses. 135 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Sandra Marisa Pelloso. Maringá, 2015.

## RESUMEN

La realidad del óbito fetal abarca aspectos de pérdida y duelo que aun necesitan ser discutidos. El estudio tuvo como objetivos analizar el estado de duelo de mujeres que tuvieron óbito fetal en dos culturas distintas; realizar la adaptación transcultural de la Escala de Duelo Perinatal (EDP) para el portugués y el francés; identificar el estado de duelo complicado de las mujeres que tuvieron óbito fetal; verificar la asociación del estado de duelo complicado de las mujeres que tuvieron la experiencia óbito fetal y las características sociodemográficas, reproductivas, mentales, apoyo profesional y la satisfacción conyugal; comprender la experiencia de mujeres en la ocurrencia de la pérdida fetal. Se trata de un estudio realizado en tres momentos: 1) investigación metodológica, abarcando adaptación transcultural de la escala de duelo perinatal. 2) estudio transversal, descriptivo exploratorio de análisis de la asociación del estado de duelo con las características de la mujer. 3) investigación clínico-cualitativa, por medio de entrevista semi-conducida con las mujeres que perdieron sus fetos. La población fue compuesta por todas las mujeres que tuvieron óbito fetal en el año de 2013 vecinas en el municipio de Maringá-Brasil y participantes del *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* en la Universidad de Quebec en Outaouais-Canadá. La recolecta de datos se dio por intermedio de la aplicación de un cuestionario abarcando características sociodemográficas, reproductivas y mentales, de satisfacción conyugal y apoyo profesional, y entrevista semi-conducida con preguntas abiertas abordando aspectos vivenciados en la pérdida fetal. Para la adecuación de la EDP en las dos poblaciones, se utilizó el referencial metodológico de adaptación transcultural de instrumentos y efectuado la evaluación de la confiabilidad. Para verificar la asociación entre el estado de duelo y las características de la mujer, se utilizó el *Odds ratio* con  $p \leq 0,05$ . Se realizó el análisis multivariada de correspondencia múltiple con las principales variables que tuvieron asociación con el estado de luto. La entrevista semi-conducida para aplicación del método clínico-cualitativo se sometió al análisis cualitativo de contenido. La ELP en la versión portugués de Brasil y francés de Canadá se mostró confiable en las dos poblaciones. El coeficiente alfa de Cronbach en la ELP aplicada en Brasil fue del 0.93, y en la aplicada en Canadá fue del 0.94. El estado de duelo fue más grande en las brasileñas (el 35%) en relación a las canadienses (el 12%). Las características de las brasileñas con duelo fueron en las con más baja escolaridad, gestación anterior con hijo nacido vivo, no ocurrencia de pérdida anterior, depresión post-parto y no satisfacción conyugal. Para las canadienses se observó que el 80% de las mujeres sin duelo habían utilizado grupo profesional de apoyo. En las dos poblaciones la ocurrencia del duelo fue más frecuente en las mujeres con edad gestacional superior a 28 semanas. El análisis cualitativo de contenido apuntó tres categorías: evolución de la gestación en óbito fetal, contacto con el bebé nacido muerto, asistencia ofrecida por los profesionales de la salud. Se confirmó la adaptación transcultural de la ELP para brasileñas y canadienses, pudiendo ser utilizada para identificación del estado de duelo en mujeres que tuvieron óbito fetal, en la respectiva versión de cada país. Las mujeres que más necesitan ser investigadas en el estado de duelo son las habitantes en Brasil, que no utilizan grupo profesional de apoyo, no tienen satisfacción conyugal, no practican religión y presentan más baja escolaridad.

**Palabras-clave:** Óbito fetal. Duelo. Psicometría. Estudios transculturales. Enfermería obstétrica. Brasil. Canadá.

PARIS, G.F. **Deuil causé par le décès foetal**: étude comparée entre femmes brésiliennes et canadiennes. 135 f. Thèse (Doctorat en Sciences Infirmières) – Université de l'État à Maringá. Patron de Thèse; Sandra Marisa Pelloso. Maringá, 2015.

## RÉSUMÉ

La réalité du décès foetal couvre l'aspect de la perte et du deuil qui doivent encore être discutés. Cette étude a eu comme but d'analyser l'état du deuil des femmes qui ont eu un décès foetal dans deux groupes culturels; de réaliser l'adaptation transculturelle de l'Échelle de Deuil Périnatal (EDP) dans le portugais et dans le français: d'identifier l'état du deuil compliqué des femmes qui ont eu un décès foetal; de vérifier l'association de l'état de deuil compliqué chez les femmes qui ont subi le décès foetal et les caractéristiques socio-démographiques, reproductives, mentales, le soutien professionnel et la satisfaction conjugale; de comprendre l'expérience des femmes dans l'occurrence de la perte foetal. Il s'agit d'une étude réalisée en trois moments: 1) recherche méthodologique concernant l'adaptation transculturelle de l'EDP. 2) étude descriptive exploratoire d'analyse d'association de l'état de deuil avec les caractéristiques de la femme. 3) recherche clinico-qualitative, par le moyen d'entretien semi-dirigé. La population a été composée de toutes les femmes qui ont eu le décès foetal dans l'année 2013 habitant la municipalité de Maringá-Brésil et les participantes du *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* dans l'Université de Québec en Outaouais-Canada. La prise de données s'est faite par l'application d'une enquête couvrant les caractéristiques socio-démographiques, reproductives et mentales, de satisfaction conjugale et soutien professionnel et entretien semi-dirigé avec des questions ouvertes touchant des aspects vécus dans la perte foetale. Pour l'adéquation de l'EDP, il a été utilisé le référentiel méthodologique d'adaptation transculturelle d'instruments et réalisée l'évaluation de confiabilité. Pour vérifier l'association entre l'état de deuil et les caractéristiques de la femme, il a été utilisé l'*Odds ratio* avec  $p \leq 0,05$ . Il a été réalisé l'analyse multivariée de correspondance multiple avec les principales variables qui ont eu association avec l'état de deuil. L'entretien semi-dirigé pour l'application de la méthode clinico-qualitative a été soumise à l'analyse qualitative de contenu. L'EDP dans les versions portugaise du Brésil et français du Canada s'ont montrées fiables dans les deux populations. Le coefficient alpha de Cronbach dans l'EDP appliquée dans le Brésil a été de 0,93, et dans celle appliquée au Canada a été de 0,94. L'état de deuil a été plus grand chez les brésiliennes (35%) par rapport aux canadiennes (12%). Les caractéristiques des brésiliennes avec le deuil ont été dans les femmes avec une plus petite scolarité, grossesses antérieures avec fils né vivant, sans occurrence de perte antérieure, dépression post-partum et sans satisfaction conjugale. Pour les canadiennes il a été observé que 80% des femmes sans deuil avait utilisé un groupe professionnel de soutien. Dans les deux populations l'occurrence du deuil a été plus fréquente dans les femmes avec âge gestationnelle plus grande que 28 semaines. L'analyse qualitative de contenu a fait pousser trois catégories: évolution de la gestation en décès foetal, contact avec le bébé mort-né, assistance dans le décès foetal. Il a été confirmé l'adaptation transculturelle de l'EDP pour les brésiliennes et canadiennes, permettant l'utilisation pour l'identification de l'état de deuil chez les femmes qui ont eu décès foetal, dans la respective version de chaque pays. Les femmes qui ont eu le plus grand besoin d'investigation dans l'état de deuil sont celles habitant au Brésil, qui n'utilisent pas de groupe professionnel de soutien, qui n'ont pas de satisfaction conjugale, qui ne pratiquent pas de religion et qui présentent une plus petite scolarité.

**Mot-clés:** Décès foetal. Deuil. Psychométrie. Études transculturelles. Infirmier obstétrique. Brésil. Canada.

## APRESENTAÇÃO

Conforme opção de formatação do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, Paraná, os resultados desta tese estão apresentados no formato de três manuscritos.

Primeiramente, com a intenção de investigar a prevalência do luto complicado em mulheres que tiveram óbito fetal no Brasil e Canadá, foi proposto o **Artigo 1: “Adaptação transcultural da *Perinatal Grief Scale* para português e francês”**, que tem por objetivo realizar a adaptação transcultural da *Perinatal Grief Scale* (Escala de luto perinatal) para o português e francês.

Posteriormente, com o propósito de se verificar a associação entre o luto complicado e as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, apoio profissional e satisfação conjugal em mulheres que tiveram óbito fetal, foi apresentado o **Manuscrito 1: “Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses”**.

Finalizando, na busca de explorar a vivência da mulher com perda fetal foi elaborado o **Manuscrito 2: “Experiência de mulheres após perda fetal: um olhar em diferentes culturas”**, que tem por objetivo compreender a experiência da mulher na vivência da perda fetal.

Ressalta-se que as demais seções desta tese foram estruturadas em aproximação com o tema, introdução, revisão de literatura, justificativa, objetivos, percurso metodológico, implicações do estudo para a enfermagem, considerações finais e referências.

## LISTA DE SIGLAS

CERIF	Centre d'études et de recherche en intervention familiale
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPOIF	Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal
DNV	Declaração de Nascido Vivo
DO	Declaração de Óbito
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
NV	Nascido Vivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
PHPN	Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
Sinasc	Sistema de Informação sobre Nascido Vivo
TMF	Taxa de Mortalidade Fetal



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Variação da taxa de mortalidade fetal entre os países .....	21
Figura 2	Distribuição da taxa de óbito fetal nas regiões do Brasil, 2002 a 2011 ...	25
Figura 3	Tendência da mortalidade fetal, neonatal precoce e tardia. Maringá, PR, 2002 a 2011 .....	28
Figura 4	Mapa distância entre Maringá, Paraná, Brasil e Gatineau, Quebec, Canadá .....	45
Figura 5	Etapas da adaptação transcultural de instrumentos .....	50
<b>Artigo 1</b>		
Quadro 1	Versões finais da Escala de Luto Perinatal português do Brasil e em francês do Canadá .....	58
Quadro 2	Confiabilidade e correlação de cada item, segundo dimensões da escala, na versões português do Brasil e em francês do Canadá .....	59
<b>Manuscrito 1</b>		
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 .....	80

## LISTA DE TABELAS

### Manuscrito 1

Tabela 1	Análise bivariada de associação entre as características sociodemográficas das mulheres que tiveram óbito fetal e o luto complicado Maringá (PR), Brasil e Gatineau (QC), Canadá, 2015 .....	77
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 e Gatineau (QC), Canadá, 2015 .....	78
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 e Gatineau (QC), Canadá, 2015 .....	79

## SUMÁRIO

1	<b>APROXIMAÇÃO COM O TEMA</b> .....	20
2	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	24
3.1	<b>Epidemiologia do óbito fetal no Brasil</b> .....	24
3.1.1	Causas e fatores de risco do óbito fetal no Brasil .....	28
3.2	<b>Epidemiologia do óbito fetal no Canadá</b> .....	30
3.2.1	Causas e fatores de risco do óbito fetal no Canadá .....	32
3.3	<b>Definição do luto normal ao patológico</b> .....	34
3.4	<b>Luto em decorrência do óbito fetal</b> .....	36
3.5	<b>Escala de luto e importância de usar escalas na pesquisa</b> .....	39
4	<b>JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO ESTUDO</b> .....	41
5	<b>HIPÓTESES</b> .....	42
6	<b>OBJETIVOS</b> .....	43
6.1	<b>Objetivo geral</b> .....	43
6.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	43
7	<b>MÉTODO</b> .....	44
7.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	44
7.2	<b>População e local de estudo</b> .....	44
7.3	<b>Coleta de dados</b> .....	45
7.4	<b>Procedimentos de análise</b> .....	49
7.5	<b>Questões éticas</b> .....	52
7.6	<b>Artigo 1</b> .....	53
7.7	<b>Manuscrito 1</b> .....	66
7.8	<b>Manuscrito 2</b> .....	81
8	<b>IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, PESQUISA E PRÁTICA DA ENFERMAGEM</b> .....	98
9	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	99
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	100
	<b>APÊNDICES</b> .....	113
	<b>ANEXOS</b> .....	124

## 1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Desde o meu primeiro ano de graduação em enfermagem na Universidade Estadual de Maringá, decidi seguir a carreira acadêmica. Assim, desde 1999 estou na busca deste sonho, por meio da realização de três especializações, mestrado, aprovações em concursos públicos, e atuação profissional na área de atenção básica, hospital universitário e docência, além de toda produção científica, que me traz muitas alegrias e satisfação para a vida profissional.

Iniciando o doutorado, na primeira orientação eu disse:

– Professora Sandra, se na graduação fui selecionada para participar do projeto Universidade Solidária/Rondon e fiquei durante 30 dias no Amazonas, no doutorado não poderia deixar de fazer um estágio no exterior.

Sabendo do meu interesse, a professora Sandra respondeu:

– O meu contato é no Canadá, e você precisará adaptar o seu projeto para o tema óbito fetal, assunto que a professora Francine trabalha.

Dirigindo em retorno para casa, pensei: podia ser outro tema, pois estava grávida, gravidez de alto risco e com possibilidades de óbito fetal... Mas logo em seguida veio outro pensamento: Gisele, espera... você representou a Universidade tantas vezes no Comitê de mortalidade em Curitiba, tem artigos publicados na área, era para você ter três irmãos mas eles “viveram” somente na barriga da sua mãe e talvez você venha a ter um óbito fetal e este estágio servirá de apoio para os enfrentamentos de sua vida pessoal.

Em casa, eu expliquei para o meu marido as possibilidades do estágio no Canadá, e ele disse:

– Vou procurar para eu fazer o pós-doutorado no mesmo período. E em março de 2014 estávamos indo para o Canadá, juntamente com o Murilo de 18 meses.

Escrevendo a tese, encontrei resultados que me surpreenderam e demonstraram o impacto do tema na saúde das brasileiras e a relevância do mesmo.

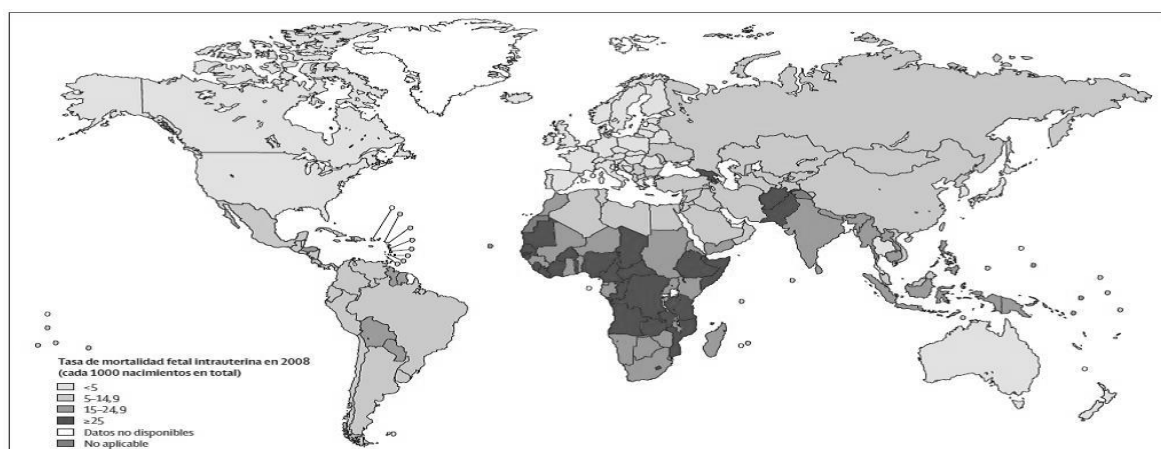
## 2 INTRODUÇÃO

A proposta de diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil foi incluída no compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas para melhorar o destino da humanidade. No entanto, 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 20 a 22 semanas de gestação ou peso maior que 500 g (BRASIL, 2009; CANADÁ, 2012), não recebem a mesma atenção em relação às medidas de redução (PARIS et al., 2014).

Estimativas mostram que, no mundo, mais de 2,5 milhões de gestações finalizam em natimortos (COUSENS et al., 2011; LAWN et al., 2014; KIGULI et al., 2015), por complicações no parto, infecções na gestação, doenças maternas relacionadas principalmente à hipertensão e *diabetes*, restrição do crescimento fetal e malformações congênitas (LAWN et al., 2011).

Os óbitos fetais ocorrem, na maioria das vezes, em países de baixa e média rendas, como o sul da Ásia e África subsaariana que apresentam mais de 25 natimortos por 1.000 nascimentos. Outros países estão em processo gradativo de diminuição desses óbitos, como o Brasil, com variação de cinco a 14,9 natimortos por 1.000 nascimentos conforme a localização. As melhores situações são para o Canadá e Estados Unidos com menos de cinco natimortos por 1.000 nascimentos (COUSENS et al., 2011; LAWN et al., 2011).

Figura 1 – Variação da taxa de mortalidade fetal entre os países



Fonte: Couzens et al. (2011) e Lawn et al. (2011).

Todavia, a taxa de natimortalidade não é uma questão exclusiva dos países de baixa renda, pois entre as nações de alta renda há uma perceptível variação na taxa de morte fetal, que poderia ser evitada por meio da implementação de corretas intervenções.

Nos países de alta renda, as mortes intraparto são raras, e os principais fatores de risco são as mulheres acima do peso, as mulheres fumantes (FLENADY et al., 2011) que, mesmo com os grupos de apoio para cessação, continuam fumando (BRYANT et al., 2014) e o aumento da idade materna (FLENADY et al., 2011). Para este último grupo acrescenta-se outro fator, que é o uso das técnicas de reprodução artificial, pois a queda da fertilidade torna essa clientela mais propensa à sua realização (MARINO et al., 2014) bem como aos nascimentos múltiplos (VOGEL et al., 2013). Para os fatores de risco não modificáveis mantém-se a primiparidade (FLENADY et al., 2011).

Nos países em desenvolvimento, as principais causas dos óbitos fetais são malformações congênitas, síndromes hipertensivas, pouco número de consultas de pré-natal, menor escolaridade e natimortalidade prévia (KLEIN et al., 2012). No Brasil, as sucessivas mudanças nas últimas três décadas, em termos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização, atenção médica e na saúde da população, modificaram os determinantes sociais das doenças e a organização dos serviços de saúde, diminuindo consideravelmente os coeficientes da mortalidade materna e da infantil, porém com disparidades regionais (VICTORA et al., 2011).

A gravidez, mesmo quando não planejada, mas normalmente aceita, traz consigo no fenômeno do imaginário psíquico e social o destino de um nascimento, uma vida, uma mãe, um pai, uma família. Nessa representação cultural da gravidez, quando a gestação evolui para óbito fetal, manifesta-se o paradoxo entre a vida e a morte, com a tecnologia do mundo moderno e a contradição da chamada “ordem natural das coisas”, tanto para o casal, família, quanto para a equipe de saúde (FARIA-SHUTZER et al., 2014).

Embora a perda gestacional possa ser uma experiência universal, a sua representação e influência sobre a vida de um indivíduo são modificadas por sua personalidade, cultura e sociedade (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015).

Na atual realidade do óbito fetal em todo o mundo, existem aspectos que ainda precisam ser amplamente discutidos, entre eles, a questão da perda e do luto para a mulher. Estudos demonstram que algumas mulheres conseguem ultrapassar a perda, mas, em outros casos, esta pode ser bastante traumatizante, gerando perturbações psicológicas (KERSTING; WAGNER, 2012) como depressão (COUTO et al., 2009; TURTON et al.,

2009; ADOLFSSON, 2011; SCOTT, 2011), ansiedade (COUTO et al., 2009; TURTON et al., 2009; SCOTT, 2011), transtorno de estresse pós-traumático (TURTON et al., 2009; GRAVENSTEEN et al., 2013) e luto complicado (CAPITULO et al., 2010; MOTA GONZÁLEZ et al., 2011).

Este último, considerado o luto intenso, persistente, angustiante e incapacitante, torna-se um grave problema de saúde, refletindo sobre a pessoa, sua família e até na sociedade (PRIGERSON et al., 2009), por uma inadaptação do indivíduo em ocasiões inesperadas e às vezes inevitáveis ao longo da vida (ADOLFSSON, 2011). O luto complicado foi recentemente reconhecido como um transtorno mental, com proposta de introdução nos diagnósticos da 5ª e mais recente edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (ZISOOK et al., 2012), e será inserido na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (PRIGERSON et al., 2013), com provável lançamento em 2018 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

A partir da literatura exposta, observa-se que o luto materno por óbito fetal é um fenômeno que ainda precisa ser estudado sob os vários aspectos. Dentre os pontos vitais para exploração desse problema de saúde pública estão a identificação do luto complicado, a assistência adequada e o encaminhamento correto, a fim de que os casos de óbito fetal tragam menor impacto na vida da mulher, família e sociedade. Para tanto é preciso que tal temática seja investigada nos diferentes segmentos dos serviços de saúde (atenção básica, hospitalar e emergência), a partir da experiência das mulheres.

O papel do enfermeiro, na identificação correta do luto materno por óbito fetal, é de grande importância na manutenção da saúde da mulher e na prevenção de agravos. O enfermeiro é o membro da equipe multiprofissional que tem acesso direto ao paciente, nas diferentes complexidades de assistência à saúde, e deve estar preparado para apoiar a mulher para que esta possa passar pelo processo com superação.

Para as mulheres com óbito fetal, uma atenção especial deve ser dada, pois a perda do filho é um dos desfechos mais dramáticos de uma gestação e pode provocar um sentimento de luto que necessita de tempo e ajuda para ser superado (AMTHAUER et al., 2012; KERSTING; WAGNER, 2012). Dessa forma, este estudo pretende analisar o estado de luto de mulheres que tiveram o óbito fetal em dois grupos culturais.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Epidemiologia do óbito fetal no Brasil



O Brasil, país localizado na América do Sul, é o quinto maior do mundo, com uma extensão territorial de 8.515.767.049 km<sup>2</sup> e uma população no ano de 2011 de mais de 202 milhões de habitantes, distribuídos em 26 Estados. É considerado um país em desenvolvimento, principalmente pelos seus índices de mortalidade infantil, e há alguns anos vem ocorrendo uma transição demográfica, marcada pelas sucessivas mudanças nos fenômenos de desenvolvimento socioeconômico, urbanização e envelhecimento populacional (VICTORA et al., 2011).

Os principais resultados da transição demográfica no Brasil foram a duplicação da proporção de pessoas com mais de 60 anos e o aumento de 40% na expectativa de vida da população, que chegou a 73,9 anos em 2013. A urbanização aumentou de 55,9% para 80%. As taxas de fecundidade diminuíram de 5,8, em 1970, para 1,9 em 2008, assim como a mortalidade infantil que apresentou redução de 19,3 por 1.000 nascidos vivos em 2007 (PAIM et al., 2011). Apesar do declínio da mortalidade infantil, a mortalidade fetal não teve a mesma redução e ainda permanece como uma grande preocupação para o governo brasileiro, por sua alta taxa (BRASIL, 2015a), quando comparada à de países da América da Norte (CANADÁ, 2015) e Europa.

A taxa de mortalidade fetal (TMF) e neonatal é um dos indicadores de saúde mais utilizados para se analisar as condições de vida de uma população, uma vez que reflete diretamente a qualidade da assistência obstétrica e neonatal e na utilização dos serviços de saúde. Apesar de a mortalidade fetal compartilhar das mesmas circunstâncias e etiologia da mortalidade neonatal precoce (óbitos de 0 a 6 dias de vida), a investigação dos óbitos fetais foi incorporada recentemente na rotina de trabalho dos serviços de saúde, e conseqüentemente há pouca análise de sua ocorrência tampouco investimentos específicos foram realizados para a sua redução (BRASIL, 2009).

No Brasil, o monitoramento dos óbitos fetais é feito por meio da declaração no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc). O SIM foi criado em 1975 para regular os dados de mortalidade no país e

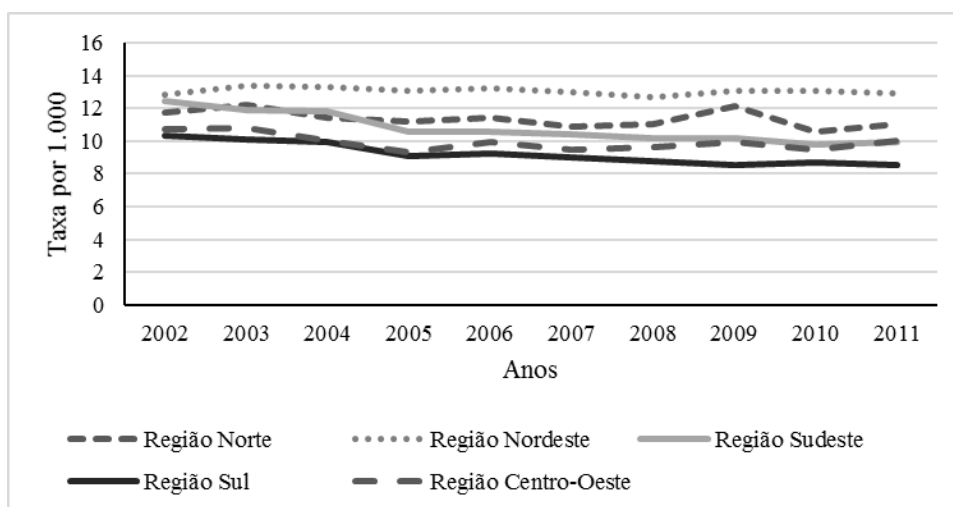


suas informações possibilitam a análise da situação, planejamento e avaliação de ações e programas de saúde (BRASIL, 2012a). O Sinasc foi implantado em 1990 com o objetivo de reunir as informações epidemiológicas, referentes aos nascimentos no Brasil. Os dois sistemas de informações possuem obrigatoriedade de preenchimento dos seus instrumentos padronizados no país, a declaração de óbito (DO), no SIM, e a declaração de nascidos vivos (DNV) no Sinasc (BRASIL, 2012b).

Os contínuos avanços tecnológicos, principalmente por meio das unidades de terapia intensiva neonatal, tornaram possíveis um nascimento e sobrevivência fetal cada vez mais precoce. No SIM foi adotado o conceito de óbito fetal, a perda do feto a partir da 20ª semana de gravidez ou com peso fetal igual ou superior a 500 g, conforme critério estabelecido pela 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (BRASIL, 2012a).

A TMF é calculada, utilizando-se, no numerador, o número de óbitos fetais e, no denominador, o número total de nascimentos (nascidos vivos e óbitos fetais), multiplicado por 1.000, para uma população residente em determinado espaço geográfico e ano considerado. A mortalidade fetal no Brasil, entre 2002 e 2011, apresentou oscilação com discreta tendência à diminuição com persistência das desigualdades, sendo a maior taxa para a região Nordeste (TMF= 13,3/1.000 nascimentos) e a menor taxa na região Sul (TMF= 8,5/1.000 nascimentos) em 2011 (Figura 2) (BRASIL, 2015a, 2015b).

Figura 2 – Distribuição da taxa de óbito fetal nas regiões do Brasil, 2002 a 2011



Fonte: Brasil (2015a, 2015b).

Em estudos que envolvem a mortalidade fetal, há necessidade de se observar a padronização no que se refere à obrigatoriedade do registro civil do feto. Ainda hoje, em alguns países, somente os conceitos considerados perdas fetais tardias (idade gestacional  $\geq$  28 semanas) têm o seu registro obrigatório (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Na realidade brasileira, poucos estudos ainda aplicaram essa classificação (MATIJASEVICH et al., 2008; RESTREPO-MÉNDEZ et al., 2011), a maioria utiliza idade gestacional  $\geq$  22 semanas (CAMARGO, 2008; FONSECA; COUTINHO, 2008; AMARAL et al., 2011; TRINDADE et al., 2011) e os mais recentes,  $\geq$  20 semanas (CHIAVEGATTO FILHO; LAURENTI, 2012; DUMITH et al., 2012; KLEIN et al., 2012).

Quanto ao peso fetal, apesar de o preenchimento em algumas localidades aproximar-se dos 100% (ALMEIDA et al., 2011), outras regiões mantiveram o preenchimento regular (BARBUSCIA; RODRIGUES-JÚNIOR, 2011) e até um sub-registro de 10% dos óbitos fetais no Nordeste (RAFAEL et al., 2011). Estudo realizado no Rio de Janeiro com mulheres que tiveram óbito perinatal mostrou que a relação do peso, ao nascer, com a idade gestacional teve diminuição, em conformidade ao maior número de semanas, provavelmente por complicações maternas e fetais que não auxiliaram no ganho de peso e contribuíram para o óbito fetal (FONSECA; COUTINHO, 2008).

Entre as estratégias adotadas para se diminuir a mortalidade perinatal, definida a partir dos dados de óbitos fetais e nascidos vivos com até seis dias completos de vida, o governo brasileiro criou o Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (CPOIF) e, mais recentemente, a Rede Cegonha. O PHPN, implantado em 2000, estipulou os procedimentos e os exames laboratoriais mínimos necessários para a realização do pré-natal. As atividades dos CPOIFs, iniciadas desde 2004, são constituídas a partir de ações de instituições governamentais e da sociedade civil, com participação multiprofissional, para acompanhar e monitorar os óbitos infantis e fetais e propor intervenções para redução da mortalidade (BRASIL, 2009).

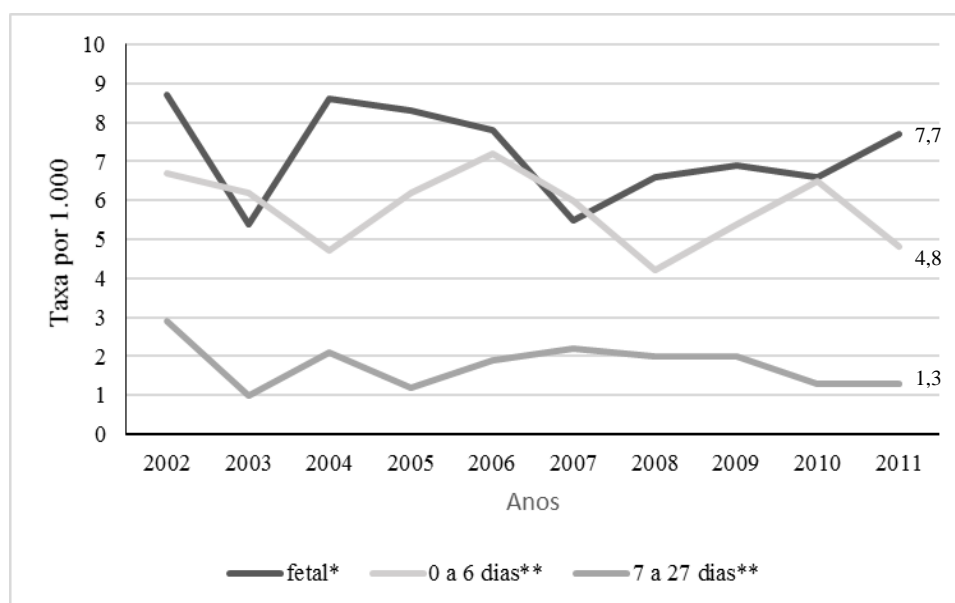
Apesar da preconização do MS, a investigação dos óbitos fetais pelos CPOIFs ainda é incipiente. No Estado do Paraná, para o ano de 2010 ocorreram 1.397 óbitos fetais, sendo que, destes, 54% não foram investigados, e, dentre os avaliados, 11% estavam sem ficha síntese informada e apenas 35% a apresentavam. Dependendo do município considerado, tal investigação pode ter sido ainda menor (BRASIL, 2012a).

A Rede Cegonha, implantada em 2010, teve como intuito complementar as atividades do PHPN, promovendo estratégias que garantissem acesso e melhoria da qualidade pré-natal, como a oferta de transporte para as consultas e para o parto, vinculação da gestante à instituição referência para o parto e com direito a um acompanhante, atenção à saúde da criança desde o nascimento até 24 meses e garantia de acesso à assistência no planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a). Além disso, mães que recebem o auxílio Bolsa Família, por meio do programa do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, têm direito a receber um auxílio variável durante a gestação, que auxilia na renda familiar, independente do estágio da gravidez, e que pode ser suspenso, caso a gestante não compareça à consulta de pré-natal e não realize os exames solicitados, o que incentiva assim o comparecimento dessas mulheres no atendimento (BRASIL, 2012c).

No Estado do Paraná, foi introduzida, em 2012, a Rede Mãe Paranaense, que propõe a organização da atenção materno-infantil nas ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida. Esse programa envolve um conjunto de ações com captação precoce da gestante, acompanhamento no pré-natal (mínimo 7 consultas), realização de 17 exames, classificação de risco das gestantes e das crianças, garantia de ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, e garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2012).

Embora a menor taxa de mortalidade fetal nos últimos anos tenha ocorrido na região Sul do Brasil, o mesmo padrão de redução não foi observado, quando analisado em relação à mortalidade neonatal. Em Maringá-Paraná, município com alto Índice de Desenvolvimento Humano, referência nos serviços de saúde, na investigação dos óbitos e na gestão e planejamento das ações em saúde para a evitabilidade, a taxa de mortalidade fetal é bem maior que as taxas de mortalidade neonatal precoce (0 a 6 dias) e tardia (de 7 a 27 dias) (Figura 3) (BRASIL, 2014a, 2014b).

Figura 3 – Tendência da mortalidade fetal, neonatal precoce e tardia. Maringá, PR, 2002 a 2011



\*Taxa por 1.000 nascimentos

\*\*Taxa por 1.000 nascidos vivos

Fonte: Brasil (2014a, 2014b).

Além da capacitação continuada dos médicos quanto ao preenchimento da declaração de óbito, os Comitês de Investigação de Óbito Fetal e Infantil são cruciais para se aprimorar a qualidade dos dados no sistema de informação (BRASIL, 2009). Mesmo que não se possa mudar a declaração de óbito original, é possível corrigir os dados no SIM, após revisão dos óbitos. No relatório da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013) sobre o fortalecimento do registro civil e das estatísticas vitais, reforça-se o uso das informações de causas de mortes para se avaliar a saúde local, regional e nacional.

### 3.1.1 Causas e fatores de risco do óbito fetal no Brasil

As causas da natimortalidade no Brasil são as mesmas que ocorrem nos fetos a termo ( $\geq 37$  semanas) e pré-termo ( $< 37$  semanas), porém com percentuais diferentes. Para as características da mãe de 35% e 27% ( $\geq 37$  vs  $< 37$ ), nas alterações de placentárias, membrana e cordão de 25% e 26% ( $\geq 37$  vs  $< 37$ ) e nas não definidas de 17% e 21% ( $\geq 37$  vs  $< 37$ ). Para os fetos a termo prevalece a asfixia com 12% (FONSECA; COUTINHO, 2008).

Com relação às causas do óbito fetal, a exemplo dos países desenvolvidos, onde cerca de 70% dos estudos utilizam bases de dados das estatísticas vitais (FLENADY et al., 2011), também no Brasil a maioria dos estudos usam o sistema de registro local nacional, o SIM. Entretanto, estudos que abrangem a causa básica de morte, doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte (BRASIL, 2012a), ainda são considerados limitados, pelo elevado percentual de causas mal definidas e a pouca concordância na reanálise dos casos (BARBEIRO et al., 2015). O diagnóstico de “hipóxia intrauterina”, apesar de ser uma causa constante na CID-10, não contribui para a compreensão do fenômeno, pois não especifica se a hipóxia foi antes ou durante o parto (LANSKY, 2013).

No entanto, observam-se avanços nos estudos de investigação das causas, seja por revisão de prontuários ou com o auxílio de necropsia (BARBEIRO et al., 2015), mesmo com pouca colaboração em algumas localidades (ALMEIDA et al., 2011). As recentes contribuições na investigação da causa do óbito fetal indicam a associação do crescimento intrauterino restrito com causas maternas como doenças hipertensivas, diabetes e sífilis (BARBEIRO et al., 2015).

Os principais fatores de risco previsíveis da condição materna são placenta prévia, hipertensão induzida na gravidez (TRINDADE et al., 2011), hipertensão e diabetes pré-existentes (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010), hemorragia (ANDRADE et al., 2009), baixa escolaridade (ANDRADE et al., 2009; TRINDADE et al., 2011), relação conjugal não estável (FONSECA; COUTINHO, 2010), ocupação dona de casa (TRINDADE et al., 2011), peregrinação para realização do parto (ANDRADE et al., 2009) e perda fetal prévia (KLEIN et al., 2012).

Quanto aos fatores de risco relacionados ao feto, estes estão intimamente relacionados com malformações fetais congênitas (KLEIN et al., 2012), peso fetal inferior a 2.500 g, apresentação fetal pélvica (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010; KLEIN et al., 2012), restrição do crescimento fetal e disfunções placentárias (FONSECA; COUTINHO, 2008), devendo haver maior fiscalização na gravidez subsequente, que também poderá levar a crescimento restrito, parto prematuro ou óbito fetal.

A associação do pré-natal não adequado (FONSECA; COUTINHO, 2008; OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010; KLEIN et al., 2012), da morbidade materna (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010), da situação socioeconômica desfavorável e da não aceitação da gravidez sobre a mortalidade fetal pode ser amenizada com uma maior

qualidade nas consultas de pré-natal (CESAR et al., 2011; FONSECA; COUTINHO, 2010), especialmente em mães de maior vulnerabilidade social (ALENCAR, 2009). É necessário investimento na atenção pré-natal, considerando-se que a maioria dos óbitos fetais é o anteparto e a diminuição de 72% dos óbitos fetais intraparto no Sul do Brasil (MATIJASEVICH et al., 2008).

No Brasil, o atendimento pré-natal gratuito normalmente é disponível nas Unidades Básicas de Saúde, com remuneração pelo sistema público de saúde ou em consultórios privados, quando as consultas são pagas diretamente pela cliente ou indiretamente, por meio de convênios médicos ou sistema de seguro saúde. Apesar da universalidade, equidade e integralidade do serviço público, é no serviço privado que a mulher tem a maior assistência no quesito número de consultas, exames laboratoriais e obstétricos, vacinas e ultrassonografia (PARIS; PELLOSO; MARTINS, 2013).

Em relação ao local de nascimento, a maioria ocorre no ambiente hospitalar; no entanto, existem aqueles que nascem em casas de parto, também nas situações de emergência nos domicílios e em via pública. Os partos domiciliares programados com assistência ainda são escassos. No Paraná, 99% dos nascidos vivos e 93% dos óbitos fetais ocorreram no hospital (BRASIL, 2014a, 2014b), no município de Maringá, 77% dos nascidos vivos (PARIS et al., 2014) e 41% dos óbitos fetais foram por cesárea, independente do financiamento público ou privado (BRASIL, 2014a).

### 3.2 Epidemiologia do óbito fetal no Canadá

O Canadá, país da América do Norte, com população estimada de 35.702.707 habitantes para 2015, é o segundo maior em extensão do mundo, com 9.984.670 km<sup>2</sup> e está distribuído em 13 províncias ou territórios. É considerado um país desenvolvido pela alta expectativa de vida e pelos baixos índices de mortalidade infantil. A transição demográfica dos últimos cinco anos demonstra um aumento populacional de 4% em relação a 2011, principalmente pela imigração internacional e o crescimento natural, resultado do maior número de nascimentos em relação às mortes (CANADÁ, 2015).

No Canadá, em 2009, a expectativa de vida era de 78,8 anos para os homens e de 83,3 anos para as mulheres. De 2008 a 2009, a taxa de mortalidade neonatal permaneceu

inalterada em 3,7 óbitos por 1.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade pós-neonatal diminuiu de 1,4 óbitos por 1.000 nascidos vivos. A taxa de mortalidade perinatal diminuiu (-1,61%) de 6,2 em 2008 para 6,1 óbitos por 1.000 nascimentos totais em 2009, considerado o total de nascimentos (CANADÁ, 2012).

Quando investigadas as taxas de óbito fetal isoladamente da perinatal pelas diferenças nas causas, no cálculo do denominador (KRAMER et al., 2002) e na prevalência (LUO et al., 2004), ao longo dos últimos dados estatísticos disponíveis (2007 a 2011), verifica-se uma oscilação com aumento nas taxas de óbito fetal de 2,6 para 2,8 por 1.000 nascimentos. Com a taxa de mortalidade bem menor que no Brasil, um dos prováveis motivos do aumento dos óbitos fetais no Canadá é o crescimento da natalidade de 370.501 para 380.454 nascidos vivos entre os habitantes no mesmo período (CANADÁ, 2011a).

No Canadá, o monitoramento dos óbitos fetais é realizado a partir das informações do Sistema de Informações do Canadá (Statcan), uma cooperação entre órgãos do governo, empresas, cidadãos civis e outras instituições (GILBERT; AUGER; TJEPKEMA, 2015). Desde 1959, a definição de óbito fetal foi revista conforme recomendação da OMS, passando de 28 para 20 semanas, e é amparada na morte antes da expulsão completa ou extração a partir de um produto de concepção de pelo menos 20 semanas. O óbito é indicado no fato de o feto, após a separação da mãe, não respirar ou mostrar qualquer outro sinal de vida, como o bater do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos voluntários (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992).

Principalmente nos estudos que envolvem a mortalidade fetal nos países da América do Norte, é usual a divisão preconizada pelo CID 10 em: precoce ( $\leq$  20 semanas de gestação), intermediária (de 20 a 27 semanas de gestação) e tardia ( $\geq$  28 semanas de gestação). No Canadá (CANADÁ, 2012), como em quase todos os Estados dos USA, somente os óbitos fetais com mais de 20 semanas são obrigatoriamente registrados (MacDORMAN; KIRMEYER; WILSON, 2012).

O registro das estatísticas vitais no Canadá se iniciou em 1921, nas províncias de Prince Edward Island, Nova Escócia, Nova Brunswick, Ontário, Manitoba, Saskatchewan, Alberta e British Columbia. Quebec começou a participar em 1926, e Newfoundland, em 1949 (depois de entrar na Confederação) e seus dados foram inclusos nas tabulações a partir desse ano. Os dados dos territórios de Yukon e do Noroeste foram publicados como apêndices de 1924 a 1955 e inclusos pela primeira vez nas tabulações regulares em 1956. Nunavut veio existir oficialmente como um território do Canadá em 1 de abril de 1999. Os

territórios do noroeste têm fronteiras geográficas diferentes antes e depois de 1º de abril de 1999. Antes de 1944, todos os eventos vitais eram classificados por local de ocorrência, e, a partir da data mencionada, para os nascimentos, e os natimortos têm se classificado de acordo com a residência da mãe. Para causa da morte, é utilizada a Classificação Internacional de Doenças (CID), de acordo com a sua revisão vigente (CANADÁ, 2011b).

No Canadá, a acentuada redução histórica (70%) da mortalidade fetal, no período entre 1961 e 1993, é explicada pelas mudanças tanto na prática obstétrica como nas características das gestantes. Além disso, contribuíram para esse resultado os avanços como administração de imunoglobulina anti-D, melhora do diagnóstico das malformações congênitas no pré-natal, vigilância anteparto para os casos de restrição do crescimento fetal e monitorização intraparto com vistas à redução dos casos de asfixia (FRETTS et al., 1995).

### 3.2.1 Causas e fatores de risco do óbito fetal no Canadá

Os estudos mais recentes disponíveis (LUO et al., 2010a; SIMONET; WILKINS; LUO, 2012; AUGER et al., 2013) têm mostrado que as taxas mais elevadas de natimortos no Canadá ocorrem nos habitantes em áreas rurais isoladas, denominados de indígena, aborígene, primeiras nações ou autóctones, que não utilizam os idiomas inglês ou francês (SIMONET; WILKINS; LUO, 2012), em mulheres com idades extremas, adolescentes ou com 35 ou mais anos (AUGER et al., 2013), com baixa escolaridade (CANADÁ, 2015), e fumantes, presentes em maior prevalência nessas regiões isoladas (MUCKLE et al., 2011).

Os aborígenes são classificados em três grupos: Primeiras Nações, Inuit e Métis, espalhados em mais de 2.200 territórios demarcados para uso e benefício desses povos. O termo esquimó é considerado pejorativo, e a própria população local não utiliza esse tratamento. O Canadá é o país desenvolvido com a menor população de aborígenes, cerca de 540.000 indivíduos que representam 1,8% da população do país. Embora muitos aborígenes tenham-se mudado das áreas rurais para áreas urbanas ou próximas, 55% da população aborígene continua vivendo nas áreas rurais e isoladas (CANADÁ, 2011c).



Quanto à causa de morte, cerca de um terço dos natimortos tem a causa de morte desconhecida ou não declarada no Canadá. Quando informadas, as principais causas de morte no óbito fetal são as anomalias congênicas e a asfixia. Os estudos ainda não conseguiram elucidar o porquê da maior prevalência dessas causas nas mulheres com as características demográficas de jovens, solteiras e habitantes nas comunidades Inuit em relação aos outros territórios do Canadá (LUO et al., 2010b). Além disso, o uso da autópsia para investigação da causa ainda é um desafio nas comunidades aborígenes (AUGER et al., 2013).

Em análise detalhada das principais causas de morte conforme regiões do Canadá, para a população Inuit foram encontrados a restrição do crescimento fetal, os distúrbios da placenta e anexos e anomalias congênicas. Para os moradores das Primeiras Nações foram apontadas *diabetes*, hipertensão e anomalias congênicas. Nos poucos casos na população não aborígene foram detectados os distúrbios da placenta e anexos (AUGER et al., 2013).

A maior ocorrência do óbito fetal nos finais de semana, em realidades encontradas no Brasil (OLIVEIRA; GAMA; SILVA, 2010) e países desenvolvidos, não foi encontrada no Canadá, quando realizados os ajustes estatísticos necessários, confirmando-se que a acessibilidade e qualidade da assistência são mantidas nos finais de semanas na realidade canadense (LUO et al., 2004). No entanto, a barreira linguística e a falta de instalações adaptadas às normas e culturas impedem que a população autóctone tenha acesso aos benefícios das melhorias de atendimento e serviços de saúde nos centros urbanos (LUO et al., 2010a).

A desigualdade em relação à maior prevalência da gestação tardia ( $\geq 28$  semanas) e a termo ( $\geq 37$  semanas), nos óbitos fetais dos aborígenes do que dentre os não aborígenes, é motivo de preocupação, porque os casos de natimortalidade no terceiro trimestre são potencialmente evitáveis (AUGER et al., 2013), o que demonstra a necessidade de melhorias na qualidade da assistência pré-natal para os aborígenes, principalmente pelas suas características comuns de excesso de peso e maior uso do tabaco (MUCKLE et al., 2011). Esses fatores são precursores das causas de óbitos por restrição do crescimento intrauterino, distúrbios da placenta, anomalia congênita, hipertensão e *diabetes* (FLENADY et al., 2011; AUGER et al., 2013).

O governo canadense também oferece a assistência pré-natal gratuita. Nos casos de baixo risco, esta é habitualmente realizada pelo médico de família ou por parteira

profissional de nível universitário e, nos casos de alto risco, é acompanhada pelos obstetras. A atenção pré-natal também pode ser realizada por seguro de saúde pago pelas gestantes em clínicas específicas. Embora 98,6% dos nascidos vivos e 97,8% dos óbitos fetais tenham ocorrido no hospital no período de 2007 a 2011, foi crescente, nesse período, a variação do número de nascimentos não hospitalares, de mais de 40% para os nascidos vivos e de mais de 100% para os óbitos fetais (CANADÁ, 2011b).

Nas regiões indígenas normalmente o acompanhamento pré-natal é realizado pelas parteiras locais (midwives), onde 97% dos partos são vaginais com 85% acompanhados por essas parteiras tradicionais e as principais causas de encaminhamento para assistência médica são os trabalhos de parto prematuro e os casos de pré-eclâmpsia. Na região Inuit, a menor taxa de mortalidade perinatal ocorre quando o acompanhamento é feito por médico, em relação às parteiras, porém sem significância estatística (WAGNER et al., 2012). Desse modo, esse resultado ainda não é conclusivo, tendo em vista que, nas taxas em que se excluíram os prematuros extremos, os resultados foram melhores quando os partos foram conduzidos pelas parteiras tradicionais (SIMONET et al., 2009).

O sucesso do serviço de obstetrícia na região aborígena Inuit é amparado pelo conhecimento e habilidades das parteiras locais e por meio do apoio de uma equipe interprofissional, o que demonstra a possibilidade de cuidados locais culturalmente competentes e seguros, mesmo em comunidades distantes e sem capacidade de cesariana (WAGNER et al., 2012).

### **3.3 Definição do luto normal ao patológico**

O luto é um estado mental no conjunto de reações em consequência de uma perda significativa, geralmente pela morte de uma pessoa amada. Em outras perdas, como separações conjugais, familiares e de amigos, mudanças forçadas de casa, trabalho e de país e abstrações equivalentes de um ideal, também há manifestações que remetem ao processo de luto, com diferentes maneiras de expressão nas diversas culturas. Quanto maior o apego ao objeto perdido (pessoa, animal, fase da vida, status social etc), maior o sofrimento do luto (BOWLBY, 2004).

O processo normal do luto vai gradualmente se extinguindo com o desaparecimento da tristeza e do choro, instalação da consolação e volta do interesse pelo mundo exterior. No final, com a ruptura definitiva da ligação afetiva, a pessoa perdida passa a ser apenas uma lembrança; o sentimento de tristeza desaparece e a vida afetiva retoma seu curso, voltando a ser possível o estabelecimento de novas ligações afetivas. Para a maioria dos estudiosos, a duração do luto pode permanecer por dois a quatro meses, ou prolongar-se por anos, estando terminada somente quando é integrada harmoniosamente na vivência do presente (KOCH; SANTOS; SANTOS, 2012a).

Para algumas pessoas, essa reação natural de tristeza é persistente, tornando-se cada vez mais debilitante e incapacitante, considerada luto complicado por especialistas. Nessa situação as pessoas manifestam características de obsessividade, começam a ter pensamentos intrusivos, negativos, difíceis de desfocar e que causam imenso desconforto e ansiedade, com imagens da pessoa falecida e um anseio doloroso pela presença desta. Da mesma forma, também podem ter ações de negar a perda, sentirem-se desesperadamente sozinhas e desejarem a própria morte (PRIGERSON et al., 2009).

O diagnóstico de luto complicado manifesta-se quando pelo menos cinco dos nove sintomas aparecem caracterizados por uma sensação emocional de entorpecimento, atordoamento, ou de que a vida não tem sentido; enfrentamento de desconfiança; amargura pela perda; dificuldade em aceitar a perda; confusão de identidade; postura de evitar a realidade da perda; ou dificuldade em seguir em frente com a vida. Assim, o luto complicado atende a critérios para um transtorno mental distinto, que envolve reações frente a uma perda significativa, com anseio ao falecido, em níveis suficientemente elevados e associado a uma insuficiência funcional (PRIGERSON et al., 2009).

Os autores do DSM-IV, focados principalmente no problema do excesso de diagnóstico, omitiram o luto complicado por causa da insuficiência de provas. No entanto, mais de 10% da população manifesta o luto complicado, e o estresse causado pelo luto pode aumentar a probabilidade de aparecimento ou agravamento de outros distúrbios físicos ou mentais. Assim, as pessoas com luto precisam ser avaliadas, diagnosticadas e tratadas quando necessário (SHEAR et al., 2011).

Apesar da preocupação com a possível abordagem médica de processo do luto não complicado, é importante atentar para a gravidade que esses quadros podem alcançar. O luto é um forte fator estressor e, como tal, pode desencadear transtornos mentais graves. Portanto, não se pode assumir que, por tratar-se de reação comum, não

possa ser experimentado de forma patológica. Dessa forma, a proposta de inclusão do diagnóstico de luto complicado no DSM-V teve o objetivo de permitir que indivíduos que estejam passando por um sofrimento psíquico grave recebam atenção adequada, incluindo a farmacoterapia, quando esta se fizer necessária (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Estudos que abordam o luto ainda são escassos quando comparados à produção científica disponível, relacionada a outros quadros de saúde mental. Portanto, percebe-se que o tema da morte e as questões envolvidas com a mesma ainda são considerados um *tabu*, um tema interdito, que muitas vezes é percebido como fracasso pelos profissionais da área da saúde (MONTERO et al., 2011; AMTHAUER et al., 2012), tendo em vista a disponibilidade da alta tecnologia do mundo moderno. Apesar de o luto ser uma experiência inevitável no ciclo da vida, o processo de conhecimento sobre o luto deve considerar a identidade cultura e social de cada população (ROBERTS et al., 2012; RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015).

Dentre os poucos instrumentos validados na investigação do luto complicado para a população em geral, a entrevista clínica estruturada – “Structured Clinical Interview” –, utiliza, para identificação do luto complicado, os sintomas de depressão, estresse pós-traumático, ansiedade e comprometimento funcional (BUI et al., 2015). Especificamente para estudos que abrangem as necessidades de assistência das mães que tiveram óbito fetal é imprescindível também a abordagem qualitativa (MANDER, 2014), de modo que as características delimitadas contribuam para se descrever o conceito e as experiências do luto perinatal, viabilizando-se a oferta de um suporte adequado (FENSTERMACHER; HUPCEY, 2013).

### **3.4 Luto em decorrência do óbito fetal**

A gestação não é apenas um evento de mudanças físicas, mas também sociais e psicológicas na vida da mulher (ŁUCZAK-WAWRZY尼亚K et al., 2010). O desejo de ser mãe é despertado a partir das primeiras relações e identificações da mulher, passando pela atividade lúdica infantil à adolescência, ao desejo de ter um filho e à gravidez propriamente dita (ARAGÃO, 2006). Ou seja, o desejo da maternidade pode ser

entendido como um momento prévio da espera de um filho, iniciado muito antes da concepção. Dentre as intercorrências mais dramáticas de uma gestação está a perda fetal.

A dor e a tristeza da perda de um bebê antes de nascer são diferentes de qualquer outra forma de tristeza, pois foram meses de planejamento e expectativas para a incompreensão do nascimento de um bebê sem nenhum sinal de vida. Quando um bebê morre antes de vir ao mundo, o impacto dessa perda pode ser devastador e durar o restante da vida dos pais, pois ficam com um vazio, um estado de desesperança, com oscilações de tristeza (SCOTT, 2011).

O processo de luto na perda gestacional pode ser mais complexo e difícil e ser elaborado quase em nível do imaginário, pois não existiu uma criança “visível” para chorar, não há memórias nem experiências de vida partilhadas, a morte normalmente é súbita, e existe uma falta de reconhecimento pela sociedade (KOCH; SANTOS; SANTOS, 2012a).

O luto dos pais, que viveram a perda de um bebê, mas não têm a oportunidade de conhecê-lo, era diferente de outros tipos de luto. A possibilidade de ver e de segurar o bebê está associada com menos sintomas de estresse pós-traumático (GRAVENSTEEN et al., 2013). 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, é fundamental para o enfiamento e superação da perda (FLENADY et al., 2014).

Em Taiwan, pela cultura e tradição, as mulheres são incentivadas em não interagir com o bebê morto após o nascimento, para que se desfaçam das lembranças e não falem sobre a perda. Essas restrições culturais são difíceis para as mulheres, que demonstram desejo de apoio profissional e necessidade de apoio social (TSENG; CHEN; WANG, 2014). Na Índia, também os fatores sociais e culturais são preditores para o luto perinatal (ROBERTS; LEE, 2014). No Reino Unido, o protocolo de assistência direciona os profissionais a não forçarem a mãe a ver o bebê morto, embora os relatos das mães confirmem a satisfação em vê-los, mesmo quando não tivessem manifestado o desejo *a priori* (RYNINKS et al., 2014).

Os profissionais da saúde, além de oferecerem suporte de lembrança aos pais, precisam de treinamento, para garantia do apoio a essa situação (ROBERTS et al., 2012; FLENADY et al., 2014). Enfermeiras que trabalham na sala de parto manifestam conflito

interno sobre o término da vida nos casos que envolvem natimortos. Além da realização de orações e de manter respeito ao corpo do bebê nascido morto, os profissionais revelaram ter sensação de mal-estar e culpa por não poderem proporcionar uma despedida adequada, e de inquietação e empatia com relação à mãe ao acompanharem a despedida (LIN; CHENG; CHIANG, 2015).

Ultimamente, observa-se a necessidade de uma atenção voltada aos pais que perderam seus filhos, considerando-se a proporção de óbitos fetais que poderiam ter sido evitados, seja por melhor atenção pré-natal e ou no trabalho de parto nos países menos desenvolvidos, seja na modificação das causas que persistem em mais de uma década nos países desenvolvidos. O isolamento e silêncio das famílias enlutadas, sem poder lamentar, permanecerão um problema ignorado (SCOTT, 2011). Pessoas que tenham sofrido problema semelhante antes também são capazes de proporcionar melhor apoio do que aquelas que nunca o tiveram (ROSNAH et al., 2010).

Os enfermeiros podem ajudar as mulheres a distinguirem entre o luto normal e o luto complicado, de modo a fazer os encaminhamentos adequados para cada caso. O acolhimento para as expressões de tristeza, o amparo na espera de outra gravidez e o direcionamento para a busca de sites úteis na internet são intervenções essenciais de enfermagem para casais que tenham vivenciado o óbito fetal (MOORE; PARRISH; BLACK, 2011).

Os medos de ver um corpo danificado ou morto devem ser sensivelmente explorados e as formas de enfrentamento, discutidas. Mesmo nos casos em que as mães experienciaram angústia intensa durante o contato com o seu natimorto, elas ainda descrevem que esse contato era importante e que tinham tomado a decisão certa. Isso indica a necessidade de dar aos pais uma escolha informada sobre os possíveis benefícios e riscos de ver seu bebê natimorto (RYNINKS et al., 2014).

Em relação às experiências de grupos de pais com profissionais da saúde, podem-se citar Sand, no Reino Unido (SCOTT, 2011), e DeMontigny, no Canadá (DEMONTIGNY et al., 2010), que foram capazes de construir uma cultura de apoio, carinho e respeito ao luto dos pais, ao permitirem que pais enlutados compartilhassem suas histórias difíceis em público. Tal estratégia possibilita o aprendizado sobre o que pode ser feito para outras famílias não experimentarem o mesmo sofrimento, auxiliando muitas vezes a prevenir a morte desnecessária e ignorada de outra criança (SCOTT, 2011).

### 3.5 Escala de luto e importância de usar escalas na pesquisa

Vários instrumentos padronizados têm sido utilizados com a intenção de tornar a entrevista psiquiátrica mais rápida e efetiva para o correto diagnóstico de uma doença. Esses instrumentos são compostos de características comuns quanto aos sinais e sintomas, comportamentos e manifestações psicopatológicas e diferem-se dentre os diagnósticos na combinação e composição dessas características (ANDREOLI; BLAY; MARI, 2008).

No contexto do luto, a maior parte da literatura tem se focado em estudos com abordagem qualitativa (FARIA-SHUTZER et al., 2014). Com relação ao diagnóstico, a presença de comorbidades clínicas, o início insidioso dos sintomas, o isolamento social e a frequente apresentação mascarada dos sintomas fazem da entrevista psiquiátrica um desafio constante para os profissionais da saúde (ANDREOLI; BLAY; MARI, 2008) que atendem a mulheres que experienciaram o óbito fetal, aumentando, assim, a demanda pelo desenvolvimento de estudos voltados à validação de instrumentos mais específicos para essa população.

Para identificação do luto perinatal, são necessários instrumentos confiáveis (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011) e adaptados ao contexto cultural da população investigada (CAPÍTULO; CORNELIO; LENZ, 2001), para assegurar o adequado tempo de identificação e suporte (FENSTERMACHER; HUPCEY, 2013). O instrumento validado que pode ser indicado para identificação do luto perinatal em mulheres que tiveram aborto, óbitos fetal e neonatal, mais utilizado e que mede com maior precisão este fenômeno é a versão curta da *Perinatal Grief Scale* (Escala de Luto Perinatal, ELP) (ADOLFSSON, 2011; MOTA GONZÁLEZ et al., 2011; JOHNSON; LANGFORD, 2015).

A ELP, elaborada na língua inglesa é a versão reduzida da escala original com 84 itens (TOEDTER; LASKER; ALHADEFF, 1988). Essa escala foi primeiramente aplicada em uma população da Pensilvânia-USA (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989) e tem sido traduzida, e aplicada em várias pesquisas (TOEDTER; LASKER; JANSSEN, 2001) de diversos países do mundo, entre os mais recentes: USA (BARR; CACCIATORE, 2008; JOHNSON; LANGFORD, 2015); República Tcheca (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015), Índia (ROBERTS; LEE, 2014), México (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011), USA para residentes hispânicos (CAPÍTULO et al., 2010), China (YAN; TANG; CHUNG, 2010) e Suécia (ADOLFSSON; LARSSON, 2010).

A ELP é composta por 33 afirmações psicométricas, divididas em três subescalas que pretendem avaliar pensamentos, sentimentos atuais e sintomatologia de adaptação da perda da mulher em relação ao óbito fetal; inclui sinais de luto, choro, tristeza, saudades do bebê, dificuldades no desempenho de atividades e no relacionamento com os outros e sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989).



#### 4 JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

O luto, apesar de ser uma experiência universal comum, pode ser experienciado de maneira persistente e se manifestar como forte fator estressor, capaz de desencadear outros transtornos mentais graves, sendo que será inserido na mais recente CID-V. Dentre as situações de luto, a tipologia mais comumente associada à evolução para o luto complicado é a perda de um filho. Nos casos de natimortos, a mãe não chega a ter vivência com o filho, e esse luto pode tornar-se de mais difícil superação a ser elaborado quase em nível imaginário no desejo da maternidade que começa muito antes da concepção.

A assistência de enfermagem às mulheres que vivenciaram o óbito fetal exige um cuidado antecipatório do processo de luto, com planejamento das intervenções necessárias em cada caso. Em algumas realidades observa-se que o luto por óbito fetal ainda é um estigma, tanto pela dificuldade de enfrentamento experimentado pelas mulheres, quanto na prática dos profissionais da saúde em prestar assistência adequada a essas mulheres.

O luto por óbito fetal é um fenômeno complexo e multifacetado, principalmente pelas questões culturais e sociais de cada realidade, que influenciam diretamente nas condições do luto normal e do complicado. Estudos que objetivam verificar aspectos da assistência profissional recebida são usualmente delineados dentro de uma abordagem qualitativa, contudo, para fins de diagnóstico, são necessários instrumentos com validação psicométrica transcultural efetiva.

A participação em um grupo de apoio profissional de referência às famílias com luto existente no Canadá possibilitou a compreensão do fenômeno do luto por óbito fetal em distintas culturas, conhecimento das diferenças e semelhanças do estado de luto entre as mulheres brasileiras e canadenses, bem como do preparo e formação para atuação profissional nas manifestações desse fenômeno.

Considerando-se a literatura, a realidade do óbito fetal envolve aspectos de perda e luto que ainda precisam ser discutidos. Estudos sobre a assistência no pré-natal e puerpério das mulheres que tiveram óbito fetal e o enfrentamento da mulher em relação ao luto são necessários para apoio à estruturação do atendimento adequado e para a detecção precoce das condições patológicas.

## 5 HIPÓTESES

A partir da investigação por meio da revisão de literatura sobre o estado de luto em consequência da ocorrência do óbito fetal, levantaram-se as seguintes hipóteses:

- A Escala de Luto Perinatal, da versão original *Perinatal Grief Scale*, é um instrumento adequado para identificação do estado de luto complicado de mulheres brasileiras e canadenses que experienciaram óbito fetal (Artigo 1).
- Há uma associação do luto complicado por óbito fetal segundo a idade gestacional na perda, o tempo decorrido da perda e o apoio recebido (Manuscrito 1).
- As mulheres não recebem uma assistência adequada no caso de luto por óbito fetal (Manuscrito 2).

## **6 OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo geral**

Analisar o estado de luto de mulheres que tiveram óbito fetal em duas diferentes culturas.

### **6.2 Objetivos específicos**

- Realizar a adaptação transcultural da Escala de Luto Perinatal para o português e o francês.
- Identificar o estado de luto complicado das mulheres que tiveram óbito fetal.
- Verificar a associação do estado de luto complicado das mulheres que experienciaram óbito fetal e as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, o apoio profissional recebido e a satisfação conjugal.
- Compreender a experiência de mulheres na ocorrência da perda fetal.

## 7 MÉTODO

### 7.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo que foi realizado em três momentos, conforme a constatação de cada manuscrito:

**Artigo 1:** Pesquisa metodológica, a partir da adaptação transcultural da Escala de Luto Perinatal em inglês para o idioma português e o francês.

**Manuscrito 1:** Estudo transversal, descritivo exploratório de análise da associação do estado de luto complicado com as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, de satisfação conjugal e apoio profissional.

**Manuscrito 2:** Pesquisa clínico-qualitativa, que utiliza entrevista semidirigida para compreender a experiência das mulheres que vivenciaram perda fetal.

### 7.2 População e local de estudo

A população deste estudo foi composta por todas as mulheres que tiveram óbito fetal no ano de 2013, registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade, residentes no município de Maringá e as participantes do *Centre d'études et de recherche en intervention familiale* (CERIF) na Universidade do Quebec em Outaouais no Gatineau.

Maringá é um município brasileiro do Estado do Paraná, terceira maior cidade do Estado e a sétima mais populosa da região Sul do Brasil. Tem uma população de 357.077 habitantes (IBGE, 2010). Gatineau é uma cidade da província canadense de Quebec e parte da região metropolitana de Ottawa, Ontário. A atual cidade de Gatineau é resultante da fusão de cinco cidades (Hull, Gatineau, Aylmer, Buckingham e Masson-Angers), ocorrida em 1º de janeiro de 2002. Gatineau tem uma população de 226.696 habitantes (CANADÁ, 2013).

Figura 4 – Mapa distância entre Maringá, Paraná, Brasil e Gatineau, Quebec, Canadá



Fonte: Google Mapas (2015).

### 7.3 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizados questionários nos idiomas português e francês das populações:

a) **Questionário das características sociodemográficas e reprodutivas da mulher (APÊNDICES A, B)**, com as variáveis e opções:

- idade da mãe: número de anos de vida no momento da perda, reagrupadas em  $\leq 19$  anos; de 20 a 34 anos e  $\geq 35$  anos;

- idade do parceiro: número de anos no momento da perda;
- cor da pele: com as opções de branca; preta; parda; amarela e indígena;
- religião: católica; evangélica; nenhuma; outra, especifique;
- prática da religião: sim; não; não se aplica;
- anos de estudo: número de anos efetivos de estudo;
- situação de emprego: tempo integral; meio período; tempo parcial ocasional; estudante; dona de casa; outro, especifique;
- data da perda: contendo dia, mês e ano;
- profissional que acompanhou a gestação: médico clínico geral; obstetra/ginecologista; enfermeira; sem acompanhamento. No Brasil, pela possibilidade de acompanhamento pré-natal de baixo risco, a consulta da enfermeira intercalada com o médico também foi inserida esta categoria. No questionário para as mulheres do Canadá, foi utilizado o termo *sage-femme*, profissional de ensino superior, focado no atendimento pré-natal, parto e pós-parto;
- idade gestacional na perda do bebê: número em semanas de gestação, que posteriormente foram agrupadas em  $< 28$  e  $\geq 28$  semanas;
- relacionamento com o parceiro no momento da perda: casados; morando juntos; outro, especifique;
- tempo de convívio marital: em anos e meses;
- relacionamento com o parceiro atual: casados; morando juntos; separados, divorciados; outro, especifique;
- paridade: com a pergunta: Esta foi a primeira gravidez biológica? e as opções de sim e não. E a pergunta de quantos filhos como mãe biológica, com a descrição do número;
- planejamento da gravidez: sim; não;
- perdas anteriores: sim; não. Na opção sim, com a classificação para aborto espontâneo; interrupção; aborto médico; morte intraútero e morte neonatal e o número de vezes.

**b) Questionário da ELP nas versões português e francês (APÊNDICE C, D), conforme língua oficial de cada país.**

A ELP (TOEDTER; LASKER; JANSSEN, 1989) (ANEXO A) é composta de 33 afirmações psicométricas, divididas em três subescalas (SATIVO, DENFRENT, DESP), que pretendem avaliar pensamentos, sentimentos atuais e sintomatologia de adaptação da perda da mulher em relação ao óbito fetal:

- 1- Sofrimento Ativo (SATIVO) inclui sinais de luto, choro, tristeza e saudades do bebê;
- 2- Dificuldades de Enfrentamento (DENFRENT) incluem dificuldades no desempenho de atividades e no relacionamento com os outros; e
- 3- Desespero (DESP) inclui sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal.

Para avaliação das características psicométricas, a ELP envolve uma escala do tipo Likert com cinco opções de resposta que variam de 1 a 5 pontos, correspondendo, respectivamente, a discordo totalmente, discordo parcialmente, não concordo e nem discordo, concordo parcialmente e concordo totalmente. Para cálculo da contagem total da ELP, somente nas afirmações “é ótimo estar viva” e “sinto que me adaptei bem à perda”, deve-se inverter a ordem da pontuação na escala Likert.

Cada subescala da ELP (SATIVO, DENFRENT, DESP) são apresentadas em 11 afirmações, com um escore mínimo de 11 pontos e máximo de 55 pontos cada. A soma das três subescalas varia de 33 a 165 pontos. Um somatório maior que 90 significa estado de luto (DAVIES et al., 2005).

**c) Questionário com outras características mentais** (escala de depressão pós-parto de Edimburgo (ANEXOS B, C), escala de ansiedade (ANEXOS D, E), satisfação conjugal (ANEXOS F, G) e utilização de apoio profissional (sim, não).

A escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EDPS) (COX et al., 1987) foi traduzida para o português (SANTOS et al., 2007) e francês (GUEDENEY; FERMANIAN, 1998) e é utilizada para identificação da depressão pós-parto. Consiste de uma escala que contém dez afirmações autoaplicáveis com quatro opções de resposta que variam de 0 a 3 pontos, e um somatório total de 0 a 30 pontos. O ponto de corte utilizado para se rastrear casos de depressão moderados ou graves é maior ou igual a 11 (GUEDENEY; FERMANIAN, 1998; SANTOS et al., 2007; FIGUEIRA et al., 2009).

A escala utilizada para se identificar o traço e o estado de ansiedade das mulheres (SPIELBERGER et al., 1983), traduzida e adaptada para o Brasil (BIAGGIO;

NATALÍCIO, 1979; SAND; GIRARDON-PERLINI; ABREU, 2011) e para o francês do Canadá (GAUTHIER; BOUCHARD, 1993), consistiu de uma escala que contém 20 itens que avaliam traço e estado de ansiedade. As opções de resposta da escala variam de nem um pouco, um pouco, moderadamente e muito, em relação ao que a mulher sente geralmente no seu dia a dia e o que ela sente no momento em que está respondendo. A soma da escala varia de 20 a 80 pontos, é considerado 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 (BALDASSIN; MARTINS; ANDRADE, 2006).

Para a satisfação conjugal foram utilizados quatro itens da Escala de Ajustamento Didático, proposta por Spanier (1976), traduzida e adaptada para o português (HERNANDEZ, 2008) e francês (BAILLARGEON; DUBOIS; MARINEAU, 1986). O instrumento é respondido por meio de uma escala tipo Likert, que varia de 5 a 0 pontos, que busca a percepção de vida como casal, respectivamente, em sempre, maior parte do tempo, frequentemente, ocasionalmente, raramente, nunca; e quanto à felicidade do relacionamento, em extremamente feliz, muito feliz, feliz, um pouco triste, muito triste, extremamente triste.

**d) Entrevista semidirigida** que contém questões abertas com temas relacionados aos aspectos da evolução da gestação para o óbito fetal e o contato com o bebê morto, em virtude da experiência prévia profissional e amparo da literatura na temática de maior necessidade de exploração. Foi disponibilizada nas duas línguas oficiais das populações de estudo, francês e português, e realizada por meio de uma gravação de áudio em local privativo com duração média de 80 min.

A entrevista semidirigida como suporte para aplicação do método clínico-qualitativo, apesar de utilizar um roteiro de questões a serem indagadas, o pesquisador é referenciado como o instrumento central, por meio da sua escuta clínica e do olhar acurado a partir da prática clínica. Este método procura se adequar aos problemas originados na observação clínica, apoiado no empirismo e na teoria ligada à prática clínica. É a atitude clínica do pesquisador, baseada na acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo alvo dos estudos do pesquisador (TURATO, 2010).

As questões abertas norteadoras foram:

1. Como ocorreu a perda do seu bebê?
2. Qual foi o seu contato com o bebê?



A coleta de dados foi realizada por um profissional da área de saúde e pesquisador do tema, com o prévio esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e entrega para assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E).

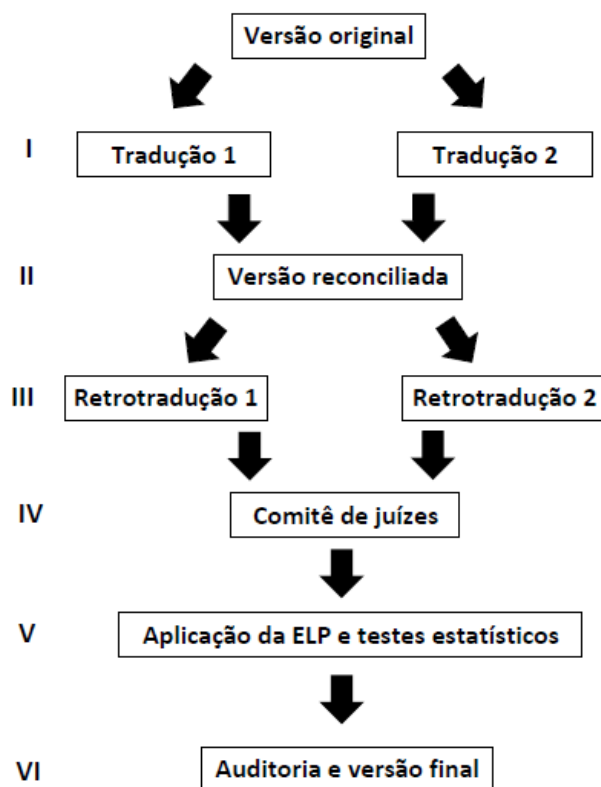
#### 7.4 Procedimentos de análise

A fim de se assegurar a adequação da ELP na versão em português e francês, foi utilizado o referencial metodológico de adaptação transcultural de instrumentos (BEATON et al., 2000), com as seis etapas (Figura 5) que abrangem:

- I) Tradução inicial:** primeiramente foi solicitada a permissão aos autores para tradução da versão original em inglês para o português e francês (ANEXO H). Os autores responderam, via correio eletrônico, que a ELP constitui-se em instrumento de domínio público e autorizaram a tradução, que foi realizada por dois tradutores em cada idioma, sendo um especialista na área de saúde e informado sobre o tema da pesquisa (T1) e o outro, tradutor juramentado, desconhecedor da área de saúde e sem informação da pesquisa (T2).
- II) Síntese das traduções:** as traduções T1 e T2 foram reconciliadas (TR) pelos dois tradutores de cada idioma e por um pesquisador deste estudo, especialista em obstetrícia para identificação das discordâncias e realização de um consenso da primeira versão em português e francês da ELP.
- III) Retrotradução:** na sequência, a partir do consenso das duas traduções, realizou-se a retrotradução por dois tradutores de cada idioma desconhecedores do assunto abordado e sem informações da pesquisa para o idioma inglês.
- IV) Comitê de juízes:** composto pelos tradutores, retrotradutores, pesquisadores deste estudo, observador (mulher que experienciou perda fetal), profissionais da saúde e de linguística específica de cada idioma, envolvendo as traduções, síntese das traduções e as retrotraduções. O consenso do comitê de juízes foi baseado na equivalência semântica, cultural, conceitual e coloquial da língua oficial de cada país. Na situação de não concordância com as proposições da escala original, na versão do comitê de juízes, seriam revistas as traduções e retrotraduções.

- V) Aplicação do instrumento e teste estatístico:** após a avaliação pelo comitê de juízes especialistas, a versão apresentou proposições semelhantes com a escala original, e na sequência foi aplicado o instrumento à população de estudo e realizado teste estatístico para diagnóstico de parâmetros. Com as respostas dos instrumentos, foi verificada a confiabilidade da ELP, por meio dos testes estatísticos que envolveram alfa de Cronbach e de resposta ao item.
- VI) Auditoria e versão final:** finalizando, foram realizadas auditoria de todas as etapas recomendadas e análise dos resultados estatísticos pelos autores da pesquisa.

Figura 5 – Etapas da adaptação transcultural de instrumentos



Fonte: Beaton et al. (2000).

Para se verificar as características métricas da ELP nos idiomas português do Brasil e francês do Canadá, foi efetuada a avaliação da confiabilidade a partir das respostas das mulheres, utilizando-se o coeficiente alfa de Cronbach  $\alpha$  e a resposta ao item pelo programa estatístico Statistica 6.0.

A confiabilidade é o grau com que um questionário, teste, observação ou qualquer instrumento de medida produz o mesmo resultado em um reteste do estudo, feito nas

mesmas condições, por outros pesquisadores. Um questionário tem confiabilidade se os escores conferidos às questões que medem a mesma dimensão têm consistência, ou seja, os escores serão iguais se o questionário for aplicado nas mesmas condições, mas em outro momento ou por outros entrevistadores.

O coeficiente alfa de Cronbach  $\alpha$ , comumente utilizado em escalas psicométricas é uma forma de se estimar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma população. O coeficiente é uma medida que varia de 0 a 1, sendo 0 o valor para nenhuma confiabilidade e 1, para completamente confiável. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70; abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa (STREINER, 2003).

O coeficiente  $\alpha$  é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador de todos os itens de um questionário que utilizem a mesma escala de medição. Ele mede a correlação entre respostas em um questionário por meio da análise das respostas dadas pelos respondentes. É constituído de tal forma que associa em uma única medida a correlação média entre as perguntas (HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

Foi realizada, também, a análise da correlação do item com o escore total da escala, que indica o grau de dependência do resultado de determinado item com o escore final obtido da soma de todos os itens da escala. O valor mínimo recomendado da correlação do item com o escore total da escala é 0,200 (CLARK; WATSON, 1995).

As mulheres foram caracterizadas por meio da estatística descritiva. Para se verificar a associação entre o estado de luto complicado (variável dependente) e as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais e de satisfação conjugal 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. O OR é uma medida de associação que tem como objetivo avaliar a associação entre as variáveis fator de risco e desfecho em estudos epidemiológicos (WAGNER; CALLEGARI-JACQUES, 1998).

Na sequência, para melhor visualização, foi realizada a análise multivariada de correspondência múltipla com as variáveis estado do luto, anos de estudo, prática da religião, pensamento em separação e participação em grupo de apoio profissional, pelo programa Statistica 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 o máximo da 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 (SANTOS; ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

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.

A análise da entrevista semidirigida foi realizada após transcrição na íntegra das entrevistas, e sucessivas e exaustivas leituras flutuantes, buscando-se identificar aspectos relevantes. Posteriormente foram categorizadas em tópicos de discussão que correspondiam ao objetivo da pesquisa. Os tópicos de discussão foram debatidos em equipe, segundo a análise qualitativa de conteúdo, amparada pelo referencial teórico psicodinâmico (TURATO, 2010).

A análise qualitativa de conteúdo tem a intenção de garantir uma compreensão da perspectiva do sujeito estudado dentre as várias interpretações aceitáveis, considera a discussão grupal dos resultados entre os pesquisadores da pesquisa, para validação de um resultado correto e representativo da realidade empírica e aceitável pela comunidade científica. O referencial teórico psicodinâmico envolve os aspectos conceituais de compreensão das atitudes de estados mentais das pessoas em movimento, principalmente as influências de níveis inconscientes (TURATO, 2010).

## **7.5 Questões éticas**

O estudo segue as normas de pesquisa envolvendo seres humanos conforme resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá (ANEXO I).

## 7.6 Artigo 1

### **Adaptação transcultural da *Perinatal Grief Scale* para português e francês**

#### **Resumo**

O estudo teve como objetivo realizar a adaptação transcultural da *Perinatal Grief Scale* para português do Brasil e francês do Canadá. Estudo metodológico, envolvendo aplicação da *Perinatal Grief Scale* a partir do conjunto de procedimentos de adaptação transcultural. A população foram todas as mulheres que tiveram óbito fetal no ano de 2013 residentes no município de Maringá (PR) e por participantes do *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale*, Universidade do Quebec, Outaouais, Canadá. A escala nas versões português e francês mostrou-se confiável nas duas populações. O coeficiente alfa de Cronbach na escala aplicada no Brasil foi de 0,93 e na aplicada no Canadá foi de 0,94. Apenas na versão português, quatro itens não se correlacionaram com a escala total. A *Perinatal Grief Scale* pode ser utilizada para identificação do estado de luto em mulheres que tiveram óbito fetal, na respectiva versão de cada país.

**Descritores:** Óbito fetal. Luto. Psicometria. Estudos de validação. Enfermagem.

#### **Abstract**

The study aimed to carry out cross-cultural adaptation of Perinatal Grief Scale into Portuguese of Brazil and French of Canada languages. A methodological study involving application of Perinatal Grief Scale from the set of cross-cultural adaptation procedures. The population was all women that had stillbirth in the year 2013 residents in the municipal district of Maringa-Brazil and participants of the *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale*, University of Quebec, Outaouais, Canada. The scale versions in Portuguese and French was reliable in the two populations. The Cronbach's alpha coefficient in the scale applied in Brazil was of 0.93 and applied in Canada was of 0.94. Only the Portuguese version, four items were not correlated with the total scale. The Perinatal Grief Scale can be used to identify the grief state in women that had stillbirth, in its version of each country.

**Descriptors:** Fetal death. Grief. Psychometrics. Validation studies. Nursing.

#### **Resumen**

El estudio pretende realizar la adaptación transcultural de la Escala de Duelo Perinatal para el portugués Brasil y Canadá francés. Estudio metodológico, con aplicación de Escala de Duelo Perinatal desde el conjunto de procedimientos de adaptación transcultural. La población fue compuesta por todas las mujeres que tuvieron óbito fetal en el año de 2013 vecinas en el municipio de Maringá-Brasil y participantes del *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* en la Universidad de Quebec en Outaouais-Canadá. La escala en las versiones en portugués y francés demostró para ser confiable en las dos poblaciones. Coeficiente alfa de Cronbach de la escala aplicada en Brasil fue de 0,93 y aplicada en Canadá fue 0.94. Versión portuguesa, cuatro elementos no correlacionan con la escala total. La Escala de Duelo Perinatal puede utilizarse para identificar el estado de duelo en mujeres que tenían la muerte fetal, en su versión de cada país.

**Descriptor:** Muerte fetal. Pesar. Psicometría. Estudios de validación. Enfermería.

## Introdução

No mundo, a cada ano, aproximadamente 3 milhões de gestações terminam em óbito fetal (COUSENS et al., 2011), devido a complicações no parto, infecções na gestação, doenças maternas relacionadas principalmente a hipertensão e diabetes, malformações congênitas e restrição do crescimento fetal (LAWN et al., 2011)

Os óbitos fetais ocorrem, na maioria das vezes, em países de baixa e média renda, como o sul da Ásia e África subsaariana, que apresentam mais de 25 natimortos por mil nascimentos. Outros países estão em processo evolutivo de diminuição, como o Brasil, que tem a variação de 5 a 14,9 natimortos por mil nascimentos conforme a região. A melhor situação é para o Canadá, com menos de 5 natimortos por mil nascimentos (COUSENS et al., 2011).

A realidade do óbito fetal apresenta aspectos que ainda precisam ser amplamente discutidos, como a questão da perda e do luto para a mulher (PARIS et al., 2014). Estudos demonstram que algumas mulheres conseguem ultrapassar a perda, mas, em outros casos, esta pode ser bastante traumatizante, gerando perturbações psicológicas (KERSTING; WAGNER, 2012), como o luto complicado (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011; AMTHAUER et al., 2012), que necessita de tempo e ajuda para superá-lo (KERSTING; WAGNER, 2012) na incompreensão de dar à luz um filho sem sinais de vida (SCOTT, 2011).

O luto complicado foi recentemente reconhecido como um transtorno mental, e proposto sua introdução nos diagnósticos da 5ª e última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (ZISOOK et al., 2012), e na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11) (PRIGERSON et al., 2013). Ocorre por uma inadaptação do indivíduo às ocasiões de rompimento de uma relação significativa ao longo da vida (ADOLFSSON, 2011). É um processo do luto intenso, persistente, angustiante e incapacitante, tornando-se um grave problema de saúde, que reflete sobre a pessoa, família e sociedade (PRIGERSON et al., 2013).

Para a identificação do luto perinatal, são necessários instrumentos confiáveis (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011) e adaptados no contexto cultural da população investigada, para assegurar o tempo adequado de identificação e suporte (FENSTERMACHER; HUPCEY, 2013). O instrumento de identificação do luto perinatal destinado às mulheres que tiveram aborto, óbitos fetal e neonatal mais utilizado e que mede com mais precisão é a versão curta da *Perinatal Grief Scale* (em português Escala de Luto Perinatal, ELP) (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011).

A ELP originalmente na língua inglesa, foi primeiramente aplicada em uma população da Pensilvânia, nos Estados Unidos (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989), e tem sido utilizada em várias pesquisas de diversos países do mundo, estando entre os mais recentes a República Tcheca (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015), os Estados Unidos (JOHNSON; LANGFORD, 2015), a Índia (ROBERTS; LEE, 2014), e o México (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011).

Diante da literatura, para uma compreensão do processo do luto vivido pelas mulheres que tiveram óbito fetal, optou-se por descrever a adaptação transcultural da ELP em dois países distintos que utilizaram pela primeira vez a ferramenta, visando assegurar o processo de identificação do estado de luto das mulheres brasileiras e canadenses, que tiveram óbito fetal, e uma qualificação profissional especializada na área.

## **Métodos**

Estudo metodológico, envolvendo aplicação da ELP a partir do conjunto de procedimentos de tradução e adaptação transcultural de instrumentos autoaplicáveis (BEATON et al., 2000), de modo a garantir a equivalência linguística, cultural e métrica dos conceitos em estudo.

A população foi formada por todas as mulheres que tiveram óbito fetal no ano de 2013 registradas no Sistema de Informações sobre Mortalidade, residentes no município de Maringá (PR), na Região Sul do Brasil, e as participantes do *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* (CERIF), na Universidade do Quebec em Outaouais, em Gatineau, Canadá. No município de Maringá, a partir do endereço da declaração de óbito, foram excluídas quatro mulheres, por não residirem no endereço informado, totalizando 26. Para o município de Gatineau, dentre as mulheres que participaram do CERIF, 18 tiveram óbito fetal.

Para a coleta de dados, foi utilizada, conforme língua oficial de cada país, uma ficha de caracterização das mulheres com as variáveis idade, situação conjugal, duração da gestação e planejamento da gravidez, e a ELP nas versões em português ou francês.

## **Instrumento**

A ELP é composta de 33 afirmações psicométricas, divididas em 3 subescalas, que pretendem avaliar pensamentos, sentimentos atuais e sintomatologia de adaptação da perda da mulher em relação ao óbito fetal (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989).

Para avaliação das características psicométricas, a ELP envolve uma escala do tipo Likert, com cinco opções de resposta, variando de 1 a 5 pontos, correspondendo, respectivamente, a “discordo totalmente”, “discordo parcialmente”, “não concordo e nem discordo”, “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”. Para cálculo da contagem total da ELP, somente nas afirmações “é ótimo estar viva” e “sinto que me adaptei bem à perda”, deve-se inverter a ordem da pontuação na escala Likert.

Cada subescala da ELP tem 11 afirmações e escores mínimo de 11 pontos e máximo de 55 pontos cada. A soma das três subescalas varia, então, de 33 a 165 pontos.

### **Processo de tradução e adaptação transcultural**

A fim de assegurar a adequação da ELP na versão em português e francês, foi utilizado o referencial metodológico de adaptação transcultural de instrumentos (BEATON et al., 2000), conforme etapas percorridas a seguir.

Primeiramente, foi solicitada permissão aos autores para tradução da versão original em inglês para português e francês (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989). Os autores responderam que a ELP fazia parte de domínio público e autorizaram a tradução, que foi realizada por dois tradutores em cada idioma, sendo um especialista na área de saúde e informado sobre o tema da pesquisa e outro tradutor juramentado, não conhecedor da área e sem informação da pesquisa.

As traduções foram reconciliadas pelos dois tradutores de cada idioma e por um pesquisador do estudo para identificação das discordâncias e realização de um consenso da primeira versão em português e francês da ELP. Na sequência, realizou-se a retrotradução por dois tradutores de cada idioma não conhecedores da área de saúde e sem informações da pesquisa para o idioma inglês.

Em continuação, foi feita a versão por um comitê de juízes especialistas, composto pelos tradutores, retrotradutores, autores da pesquisa, observador, e profissionais da saúde e de linguística específico de cada idioma, contendo as traduções, a versão de reconciliação e as retrotraduções. O consenso do comitê de juízes especialistas foi baseado na equivalência semântica, cultural, conceitual e coloquial da língua oficial de cada país. Na situação de não concordância com as proposições da escala original na versão do comitê de juízes, as traduções e retrotraduções seriam revistas.

As versões nos dois idiomas, após apreciação do comitê de juízes, apresentaram proposições semelhantes com a escala original e, na sequência, foi aplicado o teste do



instrumento à população de estudo. Com as respostas dos instrumentos, foi verificada a confiabilidade da ELP por meio de análises estatísticas calculando alfa de Cronbach e de resposta ao item pelo programa estatístico Statistica. Por fim, foi feita uma auditoria de todas as etapas recomendadas e análise dos resultados estatísticos pelos autores da pesquisa.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## Resultados

As duas versões traduzidas da ELP para o português resultaram em diferenças quanto à utilização do pronome “eu”. O tradutor da área de saúde, conhecedor do tema de pesquisa, utilizou o pronome, e o tradutor juramentado, desinformado da área e tema da pesquisa, não utilizou. Na versão reconciliada das traduções, pela gramática brasileira subentender a primeira pessoa, alguns itens não iniciaram com o pronome “eu” e, em alguns casos, foi inserido o pronome reflexivo “me”, para indicar que a ação do sujeito se volta para ele mesmo, ou seja, refletia nele próprio.

As duas retrotraduções para a língua brasileira apresentaram proposições semelhantes com a escala original; por esse resultado, não foram encaminhadas aos autores da versão original em inglês. No comitê de juízes especialistas, devido à cultura popular brasileira, o feto dentro do útero é chamado de “bebê”, sendo mantido o termo “bebê” na tradução para o português. Para focalizar a perda fetal, foi padronizado o termo “bebê” (“perda do bebê na gravidez”) quando, na escala original, apareciam os termos “ele” ou “ela”.

As duas versões traduzidas da ELP para o francês resultaram em diferença com relação à expressão americana “*second-class citizen*”. O tradutor da área de saúde, conhecedor do tema de pesquisa, manteve a estrutura gramatical mais próxima da tradução literária. O tradutor desinformado da área e do tema da pesquisa adequou a expressão ao significado de ter menos valor para a sociedade (“*d'avoir moins de valeur pour la société*”). Na versão reconciliada das traduções, foi consenso a adequação da expressão, na busca de melhor entendimento para os entrevistados. No comitê de juízes, foi normatizado o acréscimo em alguns itens da escala em francês, a expressão “o bebê que eu não tive” para melhor compreensão das entrevistadas.

O adequado entendimento do instrumento se deu pelo fato de as mulheres terem informado a fácil compreensão ao serem indagadas pelos entrevistadores ao finalizarem o preenchimento se tinham alguma dúvida.

As versões finais da ELP em português do Brasil e em francês do Canadá são apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Versões finais da Escala de Luto Perinatal português do Brasil e francês do Canadá

		<b>Versão final em português do Brasil</b>	<b>Versão final em francês do Canadá</b>	
<b>Subescala I - Sofrimento ativo</b>	1	Sinto-me depressiva	<i>Je me sens déprimée</i>	<b>Sous-échelle I - Deuil actif</b>
	2	Sinto um vazio dentro de mim	<i>Je me sens vide à l'intérieur</i>	
	3	Sinto necessidade de falar sobre o bebê	<i>Je sens un besoin de parler du bébé</i>	
	4	Estou de luto pelo bebê	<i>Je suis affligée au sujet du bébé</i>	
	5	Estou assustada	<i>J'ai très peur</i>	
	6	Sinto muita falta do bebê	<i>Le bébé que je n'ai pas eu me manque beaucoup</i>	
	7	É doloroso lembrar memórias da perda	<i>Il m'est douloureux de me rappeler ma perte</i>	
	8	Fico incomodada quando penso no bebê	<i>Je suis bouleversée quand je pense au bébé</i>	
	9	Choro quando penso no bebê que perdi	<i>Je pleure quand je pense au bébé</i>	
	10	O tempo passa muito devagar desde que o bebê morreu	<i>Le temps passe trop lentement depuis que le bébé est décédé</i>	
	11	Sinto-me muito só desde que o bebê morreu	<i>Je me sens si seule depuis que le bébé est décédé</i>	
<b>Subescala II - Dificuldade de enfrentar a situação</b>	12	Acho difícil me relacionar com certas pessoas	<i>J'ai du mal à m'entendre avec certaines personnes</i>	<b>Sous-échelle II - Difficulté à surmonter l'épreuve</b>
	13	Não consigo dar conta das minhas atividades habituais	<i>Je n'arrive pas à poursuivre mes activités habituelles</i>	
	14	Tenho pensado em suicídio desde a perda	<i>J'ai pensé à me suicider depuis la perte du bébé</i>	
	15	Sinto que me adaptei bem à perda	<i>Je sens que je me suis bien adaptée à la perte*</i>	
	16	Já decepcionei outras pessoas desde que o bebê morreu	<i>J'ai laissé tomber des gens depuis que le bébé décède</i>	
	17	Irrito-me com amigos e parentes mais do que devia	<i>Je me fâche contre mes ami(e)s et ma famille plus souvent que je ne devrais</i>	
	18	Às vezes sinto que preciso de aconselhamento profissional para me ajudar a retornar à minha vida normal	<i>Parfois je ressens un besoin d'avoir un soutien psychologique pour reprendre ma vie en main</i>	
	19	Parece que somente existo e não estou viva de verdade desde que o bebê morreu	<i>J'ai l'impression que je suis juste en train d'exister, mais que je ne vis pas vraiment depuis que le bébé décède</i>	
	20	Sinto-me um tanto afastada e distante, mesmo entre amigos	<i>Je me sens à l'écart et en retrait même en compagnie de mes ami(e)s</i>	
	21	Tem sido difícil tomar decisões desde que o bebê morreu	<i>Je trouve difficile de prendre des décisions depuis que le bébé décède</i>	
	22	É ótimo estar viva	<i>La vie vaut la peine d'être vécue*</i>	
<b>Subescala III - Desespero</b>	23	Tomo remédios para os nervos	<i>Je prends des médicaments pour mes nerfs</i>	<b>Sous-échelle III - Désespoir</b>
	24	Sinto-me culpada quando penso no bebê	<i>Je me sens coupable quand je pense au bébé</i>	
	25	Sinto-me fisicamente doente quando penso no bebê	<i>Je me sens physiquement malade quand je pense au bébé</i>	
	26	Sinto-me desprotegida num mundo perigoso desde que o bebê morreu	<i>Je me sens non protégé(e) dans un monde dangereux depuis le bébé décédé</i>	
	27	Tento rir, mas não acho graça de mais nada	<i>J'essaie de rire, mais rien ne me semble drôle</i>	
	28	A melhor parte de mim morreu junto do bebê	<i>La meilleure partie de moi-même est morte depuis le bébé décédé</i>	
	29	Culpo-me pela morte do bebê	<i>Je m'en veux pour le décès du bébé</i>	
	30	Sinto-me sem valor desde que o bebê morreu	<i>Je me sens sans valeur depuis le bébé décédé</i>	
	31	É mais seguro não amar	<i>Mieux vaut ne pas aimer ni s'attacher aux autres</i>	
	32	Preocupo-me sobre como será o meu futuro	<i>Je me fais du souci à propos de mon avenir</i>	
	33	Ser uma mãe enlutada significa ser uma “cidadã de segunda classe”	<i>Être en deuil donne l'impression d'avoir moins de valeur pour la société</i>	

Quanto à mensuração do nível do luto por óbito fetal nas duas populações, a ELP se comportou confiável, com coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 na ELP global aplicada no Brasil e de 0,94 na ELP global aplicada no Canadá (Quadro 2).

Quadro 2 – Confiabilidade e correlação de cada item, segundo dimensões da escala, na versões em português do Brasil e em francês do Canadá

ELP versão português do Brasil				ELP versão francês do Canadá				
		Correlação Item-total	Alfa item eliminado	Alfa	Correlação Item-total	Alfa item eliminado	Alfa	
Subescala I - Sofrimento ativo	1	0,646	0,937	0,896	0,785	0,871	0,892	<i>Sous-échelle I - Deuil actif</i>
	2	0,453	0,939		0,664	0,875		
	3	0,118	0,942		0,662	0,875		
	4	0,365	0,940		0,747	0,871		
	5	0,533	0,938		0,337	0,894		
	6	0,136	0,941		0,490	0,885		
	7	0,228	0,940		0,648	0,876		
	8	0,941	0,934		0,659	0,875		
	9	0,323	0,940		0,517	0,885		
	10	0,874	0,935		0,653	0,876		
	11	0,541	0,938		0,630	0,877		
Subescala II - Dificuldade de enfrentar a situação	12	0,667	0,937	0,822	0,436	0,858	0,863	<i>Sous-échelle II - Difficulté à surmonter l'épreuve</i>
	13	0,773	0,936		0,684	0,837		
	14	0,620	0,937		0,423	0,852		
	15*	0,564	0,938		0,513	0,845		
	16	0,485	0,938		0,580	0,841		
	17	0,561	0,938		0,301	0,857		
	18	0,595	0,937		0,671	0,831		
	19	0,732	0,936		0,678	0,837		
	20	0,836	0,935		0,817	0,817		
	21	0,767	0,936		0,767	0,823		
	22*	0,460	0,939		0,334	0,859		
	Subescala III - Desespero	23	0,185		0,941	0,809		
24		0,176	0,942	0,595	0,815			
25		0,481	0,939	0,417	0,828			
26		0,760	0,936	0,399	0,831			
27		0,809	0,935	0,527	0,829			
28		0,763	0,935	0,478	0,824			
29		0,357	0,940	0,499	0,825			
30		0,673	0,937	0,639	0,815			
31		0,653	0,937	0,546	0,826			
32		0,502	0,938	0,750	0,799			
33		0,337	0,940	0,488	0,827			
<b>Total</b>					0,939			

\*Pontuação na escala Likert invertida. ELP: Escala de Luto Perinatal.

Em relação à correlação de cada item com o total da escala, foi encontrada uma diferença nas populações estudadas. Na população brasileira, as proposições “sinto necessidade de falar sobre o bebê”, “sinto muita falta do bebê”, “tomo remédio para os

nervos” e “sinto-me culpada quando penso no bebê” não obtiveram bons níveis de colaboração com a escala para a identificação no luto em relação aos outros itens.

Por outro lado, se a análise item-correlação total permitiu identificar quais itens eram considerados mais importantes para assegurar maior confiabilidade à escala, especificamente para a população brasileira, os itens que não puderam ser eliminados do questionário, sob pena de redução da confiabilidade do questionário. Trataram-se das afirmações “fico incomodada quando penso no bebê”; “o tempo passa muito devagar desde que o bebê morreu”; “não consigo dar conta das minhas atividades habituais”; “sinto-me um tanto afastada e distante, mesmo entre amigos”; “tento rir, mas não acho graça de mais nada”.

Na ELP na versão em francês do Canadá, analisando cada item e sua correlação total com a escala, todos os itens colaboraram bem com o constructo, não resultando nenhum item de correlação muito baixa. Na versão para o francês, na questão “sinto muita falta do bebê” foi acrescentado “do bebê que eu não tive”.

Os itens que não puderam ser eliminados do questionário para a população quebequense, sob pena de redução da confiabilidade do questionário, foram as afirmações “sinto-me muito só desde que o bebê morreu”; “sinto-me um tanto afastada e distante, mesmo entre amigos”; “tem sido difícil tomar decisões desde que o bebê morreu”; “sinto-me sem valor desde que o bebê morreu”; “preocupo-me sobre como será o meu futuro”.

### **Características das participantes e os escores da Escala de Luto Perinatal nas duas versões**

Com relação às características das brasileiras, a média da idade foi 29 anos (desvio padrão de 7,6; variação de 16 a 43), 84% tinham companheiro, a média da duração da gestação foi 30 semanas (desvio padrão de 6,0; variação de 21 a 39) e apenas 35% planejaram a gravidez. Para as canadenses, as características foram idade média de 31 anos (desvio padrão de 3,7; variação de 25 a 38), 100% tinham companheiro e planejaram a gestação, e a média da duração da gestação foi de 26 semanas (desvio padrão de 6,7; variação de 20 a 37).

A ELP, nas versões em português do Brasil e francês do Canadá, apresentou média de escore do luto para as brasileiras de  $81 \pm 28$  pontos (mínimo de 52 e máximo de 136) e para as canadenses de  $68 \pm 23$  pontos (mínimo de 33 e máximo de 119). Na versão da ELP do Brasil, a subescala “sofrimento ativo apresentou média de escore de  $34 \pm 8$  pontos

(mínimo de 22 e máximo de 54), a subescala “dificuldade de enfrentar a situação” apresentou média de escore de  $23\pm 11$  pontos (mínimo de 11 e máximo de 46), e a subescala “desespero” apresentou média de escore de  $23\pm 10$  pontos (mínimo de 11 e máximo de 42).

Na versão da ELP do Canadá, a subescala “sofrimento ativo” apresentou média de escore de  $29\pm 9$  pontos (mínimo de 11 e máximo de 51), a subescala “dificuldade de enfrentar a situação” apresentou média de escore de  $18\pm 8$  pontos (mínimo de 11 e máximo de 39), e a subescala “desespero” apresentou média de escore de  $21\pm 8$  pontos (mínimo de 11 e máximo de 38).

## **Discussão**

A adaptação transcultural da ELP deste estudo permitiu a inserção de aplicação da escala nos serviços de saúde para o reconhecimento do processo de luto nas mulheres que tiveram óbito fetal. Sua utilização pelos enfermeiros ajudou a ter uma melhor compreensão da dor das mães enlutadas, aumentou a qualidade da assistência psicossocial, e expandiu as possibilidades de abordagem do enfermeiro na investigação do luto em decorrência do óbito fetal.

No processo de adaptação transcultural da escala em estudos anteriores (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015) também foram realizadas modificações nas expressões conforme a identidade cultural de cada população. Por exemplo, no México, contestaram as opções das respostas originais para “definitivamente sim”, “provavelmente sim”, “provavelmente não” e “definitivamente não”, e eliminaram a opção de resposta central da escala, pela alta proporção de respostas (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011). Para a população brasileira, foi acrescentado “parcialmente” às palavras isoladas “concordo” ou “discordo” e, para a população canadense quebequense, para o item não concordo e nem discordo” foi adequado para “indeciso”; para a população da República Tcheca foi adaptado para “eu não sei” (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015).

Outras modificações se deram em relação às subescalas acrescentando itens para culpa (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015), depressão, luto ativo e aceitação (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011), e/ou modificando as proposições para sentimento de inutilidade, isolamento social e de recolhimento doloroso (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015); para as populações deste estudo, pela confiabilidade apresentada em cada

subescala, permaneceram as três subescalas propostas pelo instrumento original (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989).

A confiabilidade dos instrumentos medidos pelo alfa de Cronbach foi considerada satisfatória, em razão dos valores acima de 0,80, e condizentes com os resultados dos estudos realizados na República Tcheca ( $\alpha=0,95$ ) (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015), Índia ( $\alpha=0,91$ ) (ROBERTS; LEE, 2014), México ( $\alpha=0,85$ ) (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011).

Os valores do alfa de Cronbach asseguraram a confiabilidade da ELP em sua dimensão geral e nas três subescalas isoladamente, quando, por questões de natureza clínica, houver necessidade de considerar as subescalas em separado. Recomenda-se, entretanto, a utilização em conjunto das três dimensões do luto, que incluem sofrimento ativo, dificuldade de enfrentamento e desespero, para adequada identificação do luto.

Em outro estudo (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011), além das proposições da população brasileira que não obtiveram bons níveis de colaboração com a escala para a identificação no luto em relação aos outros itens, considerando que apresentaram valores menores do mínimo (0,20) recomendado, os itens “tenho pensado em suicídio desde a perda”, “parece que somente existo e não estou viva de verdade desde que o bebê morreu” e “é melhor não amar” também não colaboraram em outra população.

Acredita-se que os itens “sinto necessidade de falar sobre o bebê” e “sinto muita falta do bebê” não colaboraram com a escala pelo fato de a pesquisa relacionar apenas óbito fetal, e a escala, em sua versão original, é também direcionada para mulheres que tiveram óbito neonatal, ou seja, aquelas que tiveram um bebê além do imaginário e com maiores possibilidades de terem visto e/ou pegado no colo. Sugere-se na ELP para as mulheres que tiveram óbito fetal o acréscimo de “o bebê que eu não tive” em cada afirmação para melhor adequação no contexto.

A baixa correlação da proposição “tomo remédio para os nervos” com a escala e sua alta prevalência de discordo totalmente (85%, dados não apresentados) demonstraram que as mulheres com luto, que provavelmente necessitariam de alguma medicação, estavam desassistidas ao responderam igualmente as mulheres sem luto. Na população brasileira, a busca por profissionais na área de saúde mental ainda é um estigma. O termo “nervos” pode ter se apresentado com tom pejorativo de loucura, e uma sugestão para um próximo estudo seria a utilização do termo “tomo tranquilizantes”.

Para a população brasileira, a palavra “culpa”, em “sinto-me culpada quando penso no bebê”, pode se relacionar ao crime por aborto; no Canadá, o aborto não é caracterizado como crime. Estudo utilizando a ELP chamou a atenção para o estado de culpa que, juntamente da depressão, explicaram a maior variância dos casos de luto. É necessária a observação do luto patológico nos casos de culpa e depressão (MOTA GONZÁLEZ et al., 2011).

Mesmo que os itens do instrumento brasileiro que não colaboraram com a escala fossem alterados ou eliminados, e estatisticamente o alfa global aumentaria. Os itens para a população brasileira não precisam necessariamente ser revistos, pois a ELP global apresentou valor de alfa satisfatório. Uma possível causa para a baixa correlação desse item poderia ser o fato de estarem mal redigidos ou estarem associados a outros conceitos, pois as mulheres com e sem luto responderam de maneira igual as questões. Manter o instrumento conforme a escala original facilita a comparação em estudos prévios e futuros.

As características sociodemográficas e reprodutivas das mulheres nos estudos abrangendo o luto perinatal não podem ser ignoradas, tendo sido observado que as normas sociais, conforme cada país, podem contribuir para os altos níveis do luto perinatal (ROBERTS; LEE, 2014). As diferentes médias do escore da pontuação da ELP entre as populações que tiveram óbito fetal deste e de outros estudos com perda perinatal ( $m=88\pm 27$ ) (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015), e fetal ( $m=91\pm 21$ ) (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989), mesmo sendo a perda uma experiência universal, sua representação e sua influência na vida de um indivíduo são modificadas por sua personalidade, cultura e sociedade (RATISLAVOVÁ; KALVAS; BERAN, 2015).

Dentre as limitações do estudo, os testes estatísticos apresentaram robustez nos resultados, mesmo com número pequeno de participantes do censo anual de mulheres com óbito fetal em um município brasileiro e das mulheres canadenses que participaram do apoio profissional pelo CERIF.

## **Conclusão**

O presente estudo evidenciou que a Escala de Luto Perinatal fornece informação confiável para a população do Brasil e Canadá. A adaptação transcultural da Escala de Luto Perinatal para brasileiras e canadense quebequenses foi confirmada, podendo ser utilizada para identificação do estado de luto em mulheres que tiveram óbito fetal, nas respectivas versões de cada país.

Este foi o primeiro estudo para que novas pesquisas envolvam reavaliação da Escala de Luto Perinatal e verifiquem a estabilidade do processo de luto por óbito fetal ao longo do tempo e em outras localidades dos países estudados.

## Referências

- ADOLFFSSON, A. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. **Psychol. Res. Behav. Manag.**, Auckland, v. 4, no. 1, p. 29-39, 2011.
- AMTHAUER, C. et al. Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 81-88, 2012.
- BEATON, D. E. B. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, Hagerstown, v. 25, no. 24, p. 3186-3191, Dec. 2000.
- COUSENS, S. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. **Lancet**, London, v. 377, no. 9774, p. 1319-1330, Apr. 2011.
- FENSTERMACHER, K.; HUPCEY, J. E. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 69, no. 11, p. 2389-2400, Jan. 2013.
- JOHNSON, O. P.; LANGFORD, R.W. A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, v. 44, no. 4, p. 492-429, Jul./Aug. 2015.
- KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. **Dialogues Clin. Neurosci.**, Neuilly-sur-Seine, v. 14, no. 2, p. 187-194, 2012.
- LAWN, J. E. et al. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? **Lancet**, London, n. 377, no. 9775, p. 1448-1463, 2011.
- MOTA GONZÁLEZ, C. M. et al. Escala de duelo perinatal validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. **Rev. Latino Amer. Psicol.**, México, v. 43, n. 3, p. 419-428, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a03.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.
- PARIS, G. F. et al. Enfrentamento do óbito fetal na perspectiva da mãe: análise de série temporal. **OBJN**, Niterói, v. 13, p. 386-388, out. 2014. Supl. 1. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/4781-22111-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/4781-22111-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2015.
- POTVIN, L.; LASKER, J. N.; TOEDTER, L. J. Measuring grief: a short version of Perinatal Grief Scale. **J. Psychopathol. Behav. Assess.**, New York, v. 11, no. 1, p. 29-45, 1989.
- PRIGERSON, H. G. et al. Correction: prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD 11. **PLoS Med.**, San Francisco, v. 10, n. 12, 2013.



RATISLAVOVÁ, K.; KALVAS, F.; BERAN, J. Validation of the czech version of the perinatal grief scale. **Cent. Eur. J. Nurs. Midw**, New York, v. 6, no. 1, p. 191-200, 2015.

ROBERTS, L. R.; LEE, J. W. Autonomy and social norms in a three factor grief model predicting perinatal grief in India. **Health Care Women Int.**, Washington, D.C., v. 35, no. 3, p. 285-299, 2014.

SCOTT, J. Stillbirth: breaking the silence of a hidden grief. **Lancet**, London, v. 377, no. 9775, p. 1386-1388, 2011.

ZISOOK, S. et al. The bereavement exclusion and DSM-5. **Depress Anxiety**, New York, v. 29, no. 5, p. 425-443, May 2012.

## 7.7 Manuscrito 1

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

#### Resumo

**Objetivo:** verificar a associação entre o luto complicado e as características sociodemográficas, reprodutivas, mentais, de satisfação conjugal e apoio profissional em mulheres que tiveram óbito fetal. **Metodologia:** estudo transversal com todas as mulheres que tiveram óbito fetal no ano de 2013 residentes no município de Maringá-Brasil e participantes do *Centre d'Études et de Recherche en Intervention Familiale* na Universidade do Quebec em Outaouais, no Canadá. **Resultados:** a prevalência de luto complicado foi maior nas brasileiras (35%) em relação às canadenses (12%). As características das brasileiras associadas com luto complicado foram na presença dos fatores 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 tem satisfação conjugal, não praticam religião e têm menor escolaridade. **Descritores:** Óbito fetal. Luto. Psicometria. Enfermagem obstétrica. Brasil. Canadá.

#### Introdução

Nas últimas décadas, em diversos países do mundo ocorreram mudanças na saúde da população que contribuíram para diminuição dos coeficientes de mortalidade fetal e infantil. 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 evitada por corretas intervenções (FLENADY et al., 2011; SCOTT, 2011). O óbito fetal, apesar de ter influência das mesmas circunstâncias e etiologias que a mortalidade neonatal precoce, ainda é pouco pesquisado (BRASIL, 2009).

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 (BRASIL, 2009). No entanto, mesmo para municípios com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), referência em serviços de saúde, na investigação dos óbitos e, na gestão e planejamento das ações em saúde para a evitabilidade no Estado do

Paraná, a tendência da mortalidade fetal permaneceu estável na última década (BRASIL, 2014).

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 (KERSTING; WAGNER, 2012) como depressão (ADOLFSSON, 2011; SCOTT, 2011), ansiedade (SCOTT, 2011), transtorno de estresse pós-traumático (GRAVENSTEEN et al., 2013) e o luto complicado (ADOLFSSON; LARSSON, 2010; CAPITULO et al., 2010; MOTA GONZÁLES et al., 2011).

O luto complicado foi recentemente reconhecido como um transtorno mental e foi proposta 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) (PRIGERSON et al., 2013). 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 (PRIGERSON et al., 2013), por uma inadaptação no rompimento de uma relação significativa ao longo da vida (ADOLFSSON, 2011).

As manifestações para o desenvolvimento do luto complicado são mais comuns na população do sexo feminino e depois da perda de um filho (KERSTING et al., 2011), sendo maior o luto conforme menor for a idade dos filhos (ZETUMER et al., 2015) e nos filhos nascidos mortos (KERSTING, 2012). Com relação ao filho que nasce morto, a mulher experimenta um luto diferente (MURPHY, 2012) de qualquer outra forma de tristeza, pois foram meses de planejamento e expectativas para o desfecho de um nascimento sem sinais de vida (SCOTT, 2011), o que demanda tempo e ajuda para superação da perda (AMTHAUER et al., 2012; KERSTING; WAGNER, 2012).

Para uma assistência de enfermagem efetiva junto às mulheres que tiveram óbito fetal, é necessária uma investigação antecipatória do processo de luto, para planejamento das intervenções necessárias em cada caso (PARIS et al., 2014). O instrumento de identificação do luto perinatal que mede com mais precisão é a versão curta da *Perinatal Grief Scale* (em português: Escala de Luto Perinatal, ELP) (MOTA GONZÁLES et al., 2011). A ELP originalmente escrita na língua inglesa, foi primeiramente aplicada em uma população dos Estados Unidos (PARIS, 2015), e tem sido utilizada em várias pesquisas de

diversos países do mundo (ADOLFSSON; LARSSON, 2010; CAPITULO et al., 2010; MOTA GONZÁLES et al., 2011).

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

### **Método**

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

A coleta de dados foi realizada com a aplicação de um questionário que envolve 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), *mentais* (ELP), Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, escala de ansiedade e satisfação conjugal) e *utilização de grupo de apoio profissional*.

A ELP, traduzida para o português do Brasil e francês do Canadá (PARIS, 2015), 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 avaliação das características psicométricas, a ELP é amparada em uma escala do tipo Likert, com cinco opções de resposta variando de 1 a 5 pontos, entre discordo totalmente a concordo totalmente, e um intervalo de 33 a 165 pontos (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989).

A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo, traduzida para o português (SANTOS et al., 2007) e o francês (GUEDENEY; FERMANIAN, 1998), é utilizada para identificação da depressão pós-parto. Consiste de uma escala contendo dez afirmações

auto-aplicáveis, com quatro opções de resposta, variando de 0 a 3 pontos, e um somatório total de zero a 30 pontos. O ponto de corte utilizado para rastrear casos de depressão moderados ou graves é  $\geq 11$  (SANTOS et al., 2007).

A escala utilizada para identificar o traço e o estado de ansiedade, traduzida para o português (SAND; GIRARDON-PERLINI; ABREU, 2011) e o francês (GAUTHIER; BOUCHARD, 1993), 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.

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 (HERNANDEZ, 2008) e o francês (BAILLARGEON; DUBOIS; MARINEAU, 1986). O instrumento é respondido por meio de uma escala tipo Likert, variando de 5 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.

### **Procedimento de análise**

A identificação do processo de luto configura-se com o somatório maior que 90 da ELP para as mulheres com luto complicado, e o somatório  $\leq 90$  para mulheres sem luto (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989).

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 variáveis estado do luto, anos de estudo, prática da religião, pensamento em separação e participação em grupo de apoio profissional, pelo programa Statistica 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 o máximo da 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 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. Para o município de Gatineau, dentre as mulheres que participaram do (CERIF), 18 tiveram óbito fetal. A presença do luto foi maior entre as mulheres brasileiras, com prevalência de 35%, em relação à prevalência de 12% em mulheres canadenses.

As características sociodemográficas e a associação ao estado de luto complicado por óbito fetal nas brasileiras foi idade entre 20 e 34 anos, sem parceiro, escolaridade menor que 12 anos, sem emprego remunerado, não prática da religião e ausência de visita de religioso. Para as canadenses, o luto complicado teve associação com a não escolha e não prática religiosa (Tabela 1).

Quanto às características reprodutivas e a associação ao estado de luto complicado, para as brasileiras foram na presença dos fatores de 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. Exclusivamente para as brasileiras, o luto complicado teve associação com depressão pós-parto e ansiedade alta (Tabela 2).

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 ao estado de luto, e 80% das mulheres canadenses sem luto utilizaram grupo profissional de apoio (Tabela 3).

A análise de correspondência múltipla (Figura 1) identificou o perfil das mulheres que tiveram óbito fetal e que devem 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 são as que moram no Brasil, não utilizam grupo profissional de apoio, pensaram em separação, não praticavam religião e apresentaram escolaridade menor que 12 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 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 sugerido 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 (CAPPONI, 2015), é a mesma demonstrada pelos pais de nascido mortos (FLENADY et al., 2014).

Observa-se 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

(FLENADY et al., 2014). 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 (SCOTT, 2011; ANDERSSON; NILSSON; ADOLFSSON, 2012).

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 (ROBERTS et al., 2012; FLENADY et al., 2014). O enfrentamento do luto pelos pais é melhor superado quando tiveram a oportunidade de conhecerem seus bebês (KOCH; SANTOS; SANTOS, 2012). O ver e o segurar o bebê estão associados com menos sintomas de estresse pós-traumático (GRAVENSTEEN et al., 2013). Pessoas que tenham sofrido problemas semelhantes antes, serão capazes de proporcionar um melhor apoio do que aqueles que nunca tiveram (SUTAN et al., 2010).

Há 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 possam 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 (SCOTT, 2011).

A diferença no nível de desenvolvimento entre os países pode ser observada na escolaridade das mulheres, sendo que, no Brasil, a maioria de mulheres apresentou menos anos de estudo e sem trabalho remunerado; no Canadá, todas as mulheres tinham maior número de 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 contribui para o enfrentamento do luto.

Houve semelhança entre os dois países, com relação à maior presença de luto complicado na duração da gestação superior que 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 múltíparas 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, não se verificou associação da expressão do luto em relação ao tempo, em mulheres primíparas, e em caso de aborto anterior (ADOLFSSON; LARSSON, 2010).

Dentre as limitações do estudo, inclui-se o tipo de estudo. Embora o universo do estudo incluísse um número pequeno de participantes, a população consistiu 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 serem 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 participação em um grupo de pesquisa em luto existente no Canadá ampliou a compreensão 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 do preparo e da formação para atuação profissional nas manifestações desse tipo de perda.

### **Referências**

ADOLFSSON, A. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. **Psychol. Res. Behav. Manag.**, Auckland, v. 4, no. 1, p. 29-39, 2011.

ADOLFSSON, A.; LARSSON, P. G. Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the Perinatal Grief Scale. **Ups. J. Med. Sci.**, Uppsala, v. 115, no. 3, p. 201-209, 2010.

AMTHAUER, C. et al. Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 81-88, 2012.

ANDERSSON, I. M.; 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.**, Stockholm, v. 26, no. 2, p. 262-670, 2012.

BAILLARGEON, J.; DUBOIS, G.; MARINEAU, R. Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. **Can. J. Behav. Sci.**, Toronto, v. 18, no. 1, p. 25-34, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. Estatísticas Vitais. **Mortalidade: óbito fetal**. Maringá. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10pr.def>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

CAPITULO, K. L. et al. Psychometric testing of the new spanish short version of the perinatal grief scale to measure perinatal grief in spanish-speaking parents. **Hisp. Health Care Int.**, New York, v. 8, no. 3, p. 125-135, 2010.

CAPONI, I. L'anxiété paternelle et maternelle postnatale et ses liens avec les dimensions relationnelles. **Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.**, Paris, v. 63, no. 1, p. 9-16, 2015.

FLENADY, V. et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, London, v. 377, no. 9774, p. 1331-1340, 2011.

FLENADY, V. et al. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. **BJOG**, Oxford, v. 121, p. 137-140, Sept. 2014. Suppl. 4.

GAUTHIER, J.; BOUCHARD, S. Adaptation canadienne-française de la forme révisé e du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. **Can. J. Behav. Sci.**, Toronto, v. 25, no. 4, p. 559-578, 1993.

GRAVENSTEEN, I. K. et al. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. **BMJ Open**, London, v. 3, no. 10, p. e003323, Oct. 2013.

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**, Paris, v. 13, no. 2, p. 83-89, 1998.

HERNANDEZ, J. A. E. Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 593-601, 2008.

KERSTING, A. [Peripartum depression and grief after pregnancy loss: special problem areas in obstetrics]. **Nervenarzt**, Berlin, v. 83, no. 11, p. 1434-1441, 2012.

KERSTING, A. et al. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. **J. Affect. Disord.**, Netherlands, v. 131, no. 1-3, p. 339-343, 2011.

KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. **Dialogues Clin. Neurosci.**, Neuilly-sur-Seine, v. 14, no. 2, p. 187-194, 2012.

KOCH, C.; SANTOS, C.; SANTOS, M. R. Estudo das propriedades métricas da versão portuguesa para Portugal do Well-Being Questionnaire12 (W-BQ12) em mulheres com perda de gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 567-574, 2012.

MOTA GONZÁLEZ, C. M. et al. Escala de duelo perinatal validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. **Rev. Latino Amer. Psicol.**, México, v. 43, n. 3, p. 419-428, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rlps/v43n3/v43n3a03.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.

MURPHY, S. Reclaiming a moral identity: stillbirth, stigma and 'moral mothers'. **Midwifery**, Scotland, v. 28, no. 4, p. 476-480, 2012.

PARIS, G. F. **Luto por óbito fetal**: estudo comparativo entre Brasil e Canadá. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.

PARIS, G. F. et al. Enfrentamento do óbito fetal na perspectiva da mãe: análise de série temporal. **OBJN**, Niterói, v. 13, p. 386-388, out. 2014. Supl. 1. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/4781-22111-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/4781-22111-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2015.

POTVIN, L.; LASKER, J. N.; TOEDTER, L. J. Measuring grief: a short version of Perinatal Grief Scale. **J. Psychopathol. Behav. Assess.**, New York, v. 11, no. 1, p. 29-45, 1989.

PRIGERSON, H. G. et al. Correction: prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD 11. **PLoS Med.**, San Francisco, v. 10, n. 12, 2013.

ROBERTS, L. R. et al. Social and cultural factors associated with perinatal grief in Chhattisgarh, India. **J. Community Health**, New York, v. 37, no. 3, p. 572-582, Jun. 2012.

SAND, I. C. P. V.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; ABREU, S. M. Ansiedade de familiares de parturientes durante o processo de parto. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 474-481, 2011.

SANTOS, I. 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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, nov. 2007.

SCOTT, J. Stillbirth: breaking the silence of a hidden grief. **Lancet**, London, v. 377, no. 9775, p. 1386-1388, 2011.

SUTAN, R. et al. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. **J. Zhejiang Univ. Sci. B**, Hangzhou, v. 11, no. 3, p. 209-217, 2010.

ZETUMER, S. et al. The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. **J. Affect. Disord.**, Netherlands, v. 170, no. 1, p. 15-21, 2015.

Tabela 1 – Análise bivariada de associação entre as características sociodemográficas das mulheres que tiveram óbito fetal e o luto complicado Maringá (PR), Brasil e 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										
≤11 anos	7	36,8	12	46,2	1,4	-	-	-	-	-
≥12 anos	2	29,0	5	71,0		2	11,0	16	89,0	-
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†	1	20,0	4‡	80,0	1,2
Sim	1	11,1	12	70,6		1	16,7	5	83,3	
Visita 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	

\*Católica ou Evangélica; † $p \leq 0,05$ ; ‡ não se aplica. OR: *odds ratio*.

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 e 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	

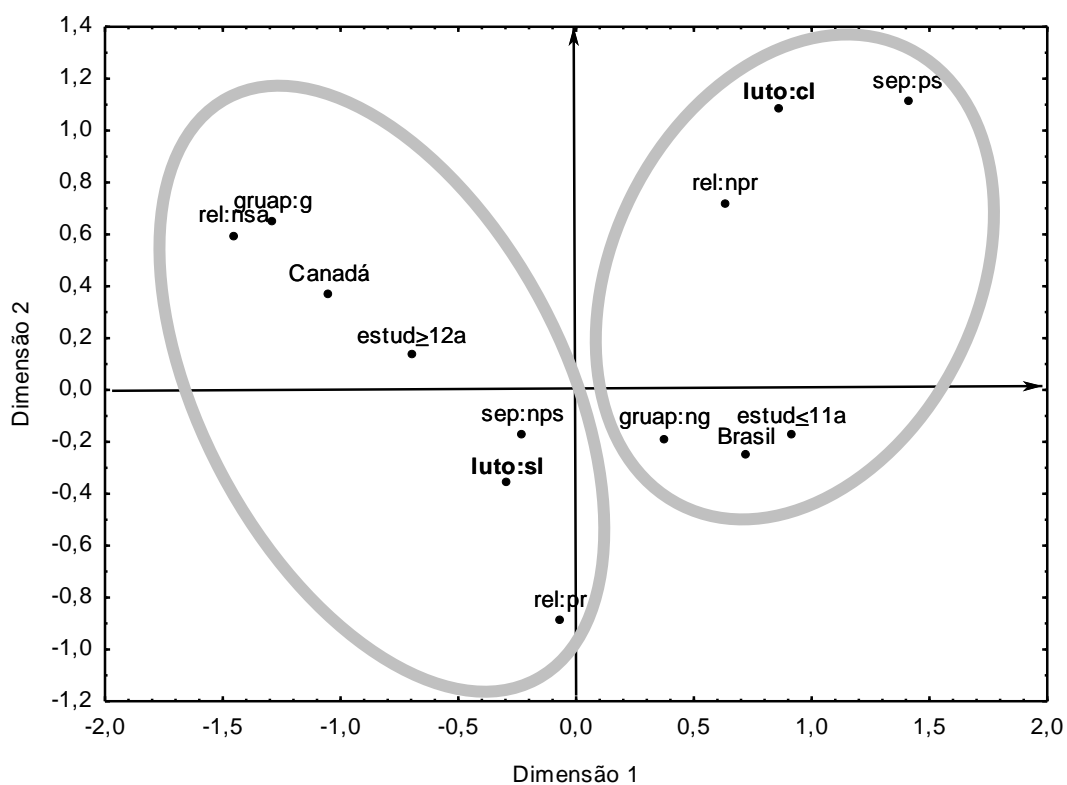
\*Não declarado; † $p \leq 0,05$ ; ‡uma brasileira não realizou nenhuma consulta de pré-natal. OR: *odds ratio*.

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 e Gatineau (QC), Canadá, 2015

Características	Brasileiras					Canadenses				
	Com luto		Sem luto		OR	Com luto		Sem luto		OR
	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.  $p \geq 0,05$ . OR: *odds ratio*.

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.



cl: com luto; sl: sem luto; sep: separação; ps: pensou em separação; nps: não pensou em separação; gruap: grupo de apoio; g: grupo; ng: não grupo; rel: religião; npr: não prática da religião; nsa: não se aplica; pr: prática da religião; estud: estudos; ≥12a: ≤12 anos; ≤11a: ≤11 anos.



## 7.8 Manuscrito 2

### **Experiência de mulheres após perda fetal: um olhar em diferentes culturas**

#### **Resumo**

**Objetivo:** Compreender a experiência de mulheres brasileiras e canadenses na ocorrência da perda fetal.

**Metodologia:** Clínico-qualitativo com todas as mulheres que tiveram óbito fetal, residentes no município de Maringá (Brasil) e participantes do Centre d'études et de recherche en intervention familiale na Universidade do Quebec em Outaouais no Gatineau (Canadá).

**Resultados:** Da análise qualitativa de conteúdo emergiram três categorias: evolução da gestação em óbito fetal, contato com o bebê nascido morto, assistência no óbito fetal. Os indícios de óbito fetal foram identificados nas consultas de pré-natal, no atendimento de emergência, na ultrassonografia ao detectar-se o óbito esperado nos casos de malformações incompatíveis à vida, e no trabalho de parto e parto. As canadenses foram atendidas por profissionais com foco em orientações sobre o processo de luto, receberam lembranças do bebê da equipe hospitalar, e estimuladas a ver o bebê sempre que possível. As brasileiras, normalmente, não têm contato com o bebê morto e quando têm é rápido. No Brasil e em alguns casos no Canadá, há uma insatisfação com o atendimento prestado pela atenção primária na fase pós-perda fetal.

**Conclusão:** Há a necessidade de implantação da rotina de atendimento ao luto nos hospitais do Brasil, com base no exemplo canadense.

**Palavras-chave:** luto, óbito fetal, enfermagem, Brasil, Canadá.

#### **Introdução**

Estudos com natimortos são imprescindíveis em todo o mundo, pela variação na taxa de mortalidade fetal que poderia ser evitada por corretas intervenções (FLENADY et al., 2011), seja pela melhoria da atenção no pré-natal e no trabalho de parto nos países em desenvolvimento, ou pelas malformações congênitas dos países desenvolvidos. A magnitude do óbito fetal apresenta aspectos que ainda precisam ser amplamente discutidos, dentre eles as questões da perda e luto, e a influência sobre a saúde da mulher em cada sociedade.

Quando morre um filho antes de vir ao mundo, o impacto desta perda pode ser devastador e durar o restante da vida da mãe, pois fica um vazio, um estado de desesperança, com oscilações de tristeza (SCOTT, 2011). Em alguns casos, estas manifestações podem evoluir para perturbações psicológicas (KERSTING; WAGNER, 2012) como depressão (ADOLFSSON, 2011; SCOTT, 2011), ansiedade (SCOTT, 2011),

transtorno de estresse pós-traumático (GRAVENSTEEN et al., 2013) e o luto complicado (MOTA GONZÁLES et al., 2011).

Com relação à perda fetal, o processo de luto pode ser mais complexo e difícil, e ser elaborado ao nível do imaginário, pois não existiu uma criança “visível” para chorar, não há memórias nem experiências de vida partilhadas. A morte normalmente é súbita, e existe uma falta de reconhecimento desta perda pela sociedade (KOCH; SANTOS; SANTOS, 2012).

Enquanto fenômeno, a gestação é representada no contexto psíquico e social o resultado para nascimento, vida e esperança. Neste sentido, a morte fetal significa para a mãe, o pai e familiares uma contradição da denominada ordem natural das fases da vida e remete ao paradoxo entre vida e morte (FLENADY et al., 2014). A dor e a tristeza da perda de um bebê antes de nascer são diferentes de quaisquer outros tipos de sofrimento, pois foram meses de planejamento e expectativas para a incompreensão do nascimento de um filho morto (SCOTT, 2011).

Para a equipe de saúde, a ocorrência do óbito fetal é uma frustração, um fracasso nesta época de alta tecnologia, em que prevalece a presunção de que mortes como estas não ocorram mais (MONTERO et al., 2011), trazendo à tona também o despreparo para atuação profissional em algumas realidades. Estudos que abrangem a perda fetal apontam este evento como um dos indicadores de saúde para analisar as condições de vida de uma população, uma vez que reflete diretamente a saúde da mulher gestante, a qualidade da assistência obstétrica e a utilização dos serviços de saúde.

Em relação às experiências de profissionais de saúde com grupos de pais que tiveram perda fetal (DEMONTIGNY et al., 2010), relatam-se êxitos em suas atuações ao contribuir para a construção de uma cultura de apoio, carinho e respeito ao luto dos pais. O permitir que pais enlutados compartilhem suas histórias em público, possibilita elucidar o que pode ser feito para outras famílias não experimentarem o mesmo sofrimento, e talvez auxiliando a prevenir a morte desnecessária de outra criança.

Há poucos estudos (DEMONTIGNY et al., 2010; FLENADY et al., 2014) que tentam explicar o significado, os sentimentos, o impacto e as intervenções necessárias que cercam o processo de perda fetal. Estudos de abordagem qualitativa são imprescindíveis para investigação das necessidades de assistência das mães (MANDER, 2014). Diante da literatura, o objetivo do presente estudo foi compreender a experiência de mulheres brasileiras e canadenses na ocorrência da perda fetal.

## **Metodologia**

O presente estudo adotou o método clínico-qualitativo, com o censo de 26 mulheres residentes no município de Maringá (Brasil) e de 18 mulheres participantes do Centre d'études et de recherche en intervention familiale na Universidade do Quebec em Outaouais no Gatineau (Canadá), que vivenciaram o óbito fetal no ano de 2013.

O método clínico-qualitativo procura adequar os problemas originados na prática clínica, apoiado no empirismo e na teoria ligada à atuação clínica. O método clínico-qualitativo é a atitude clínica do pesquisador em acolher os significados atribuídos pelos indivíduos em relação aos fenômenos vividos no processo saúde-doença; e demonstram as experiências cotidianas dos sujeitos no seu grupo social, determinando um molde à vida individual que é partilhado culturalmente (TURATO, 2010).

A coleta de dados foi realizada durante o ano de 2014 por meio de entrevista semidirigida utilizando questões abertas norteadoras. A entrevista semidirigida foi disponibilizada nas duas línguas oficiais da população de estudo (francês e português); realizada em local privativo de acordo com a sugestão da entrevistada e durou em média 80 min. Foram aplicadas as seguintes questões norteadoras: Como ocorreu a perda do seu bebê? Qual foi o seu contato com o bebê após o óbito?

As entrevistas foram gravadas em áudio e complementadas com as anotações em diário de campo ao final de cada entrevista, para registro das expressões não verbais, manifestações e reações das mulheres. Também foram coletadas informações acerca da caracterização das mulheres: idade, religião, tipo de parto, duração da gestação e as causas do óbito fetal.

### *Procedimentos de análise*

As entrevistas foram transcritas e submetidas a leituras e releituras, buscando-se identificar aspectos relevantes. Posteriormente, foram categorizadas em tópicos de discussão que correspondiam ao objetivo da pesquisa e aplicadas as regras de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Os tópicos de discussão foram debatidos com a equipe de pesquisadores pertencentes à pesquisa, e realizada análise qualitativa de conteúdo, amparada pelo referencial teórico psicodinâmico (TURATO, 2010).

A análise qualitativa de conteúdo, na intenção de garantir uma compreensão da perspectiva da mulher estudada dentre as várias interpretações aceitáveis, considera a discussão grupal dos resultados entre os pesquisadores, uma validade de um resultado

correto e representativo da realidade empírica e aceitável pela comunidade científica. O referencial teórico psicodinâmico envolve os aspectos conceituais de compreensão das atitudes de estados mentais das pessoas em movimento, principalmente as influências de níveis inconscientes (TURATO, 2010).

Os resultados foram organizados em categorias temáticas de modo a sistematizar as ideias que contemplassem o objetivo do estudo, permitindo então a inferência aos resultados encontrados e discutidos com base na literatura. O anonimato das mulheres entrevistadas foi garantido e, para a apresentação dos resultados, estas foram identificadas com a letra “M”, seguida da inicial de cada país Brasil (B), Canadá (C), e numeradas conforme a ordem de inclusão das participantes. Os nomes dos hospitais e serviços de saúde também não foram divulgados.

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 407.840/2013.

## **Resultados**

Em relação às características sociodemográficas e reprodutivas das brasileiras, a média da idade foi de 29 anos (dp=7,6; de 16 a 43); todas tinham religião (católica ou evangélica), em 54% dos casos os partos foram cesárea e a média da duração da gestação foi de 30 semanas (dp=6,0; de 21 a 39) com prevalência dos óbitos no terceiro trimestre. Para as canadenses, a média da idade foi de 31 anos (dp=3,7; de 25 a 38), apenas 50% tinham religião (católica), 78% dos partos foram vaginais e a média da duração da gestação foi de 26 semanas (dp=6,7; de 20 a 37), com prevalência dos óbitos no segundo trimestre.

As causas dos óbitos no Brasil estiveram relacionadas a descolamento de placenta, transtornos maternos hipertensivos, malformações congênitas, hemorragia, hipóxia não especificada, incompetência istmo-cervical, circular de cordão, síndrome de mãe diabética, gravidez múltipla, ruptura uterina ou causa mal definida. No Canadá, os óbitos ocorreram por descolamento de placenta, hemorragia, interrupção por malformação congênita incompatível à vida, circular de cordão, trabalho de parto, pré-eclâmpsia, citomegalovírus ou causa mal definida.

A possibilidade de um desenvolvimento anormal da gestação e sua evolução para óbito fetal nas duas culturas pode ser identificada nas alterações clínicas e laboratoriais, nas

malformações detectadas pelo exame de ultrassonografia, nas intercorrências gestacionais, no trabalho de parto e parto, e na percepção da mulher de que algo diferente está acontecendo.

Estas intercorrências gestacionais estão algumas vezes associadas a um problema de saúde, porém para lidar com a angústia, ansiedade e a vivência do sofrimento foi necessário compreender o significado destes fatos a partir das manifestações das mulheres. Desta forma, foi possível perceber fenômenos comuns às mulheres que experienciaram a perda fetal no contexto das falas expressadas em três categorias temáticas.

#### *Evolução da gestação em óbito fetal*

Nessa primeira categoria, emergiu a presença de quatro núcleos de sentido para o diagnóstico da evolução da gestação em óbito fetal identificada na consulta de pré-natal, na utilização de serviços de emergência, na realização da ultrassonografia, e no trabalho de parto e parto.

A rotina do acompanhamento pré-natal e a percepção de que a gestação não está evoluindo bem levam a mulher a procurar por atendimento médico com o intuito de obter informações sobre o estado de saúde do feto. Inicia-se, assim, um longo processo, marcado quase sempre por ansiedade, medo e desespero frente ao desconhecido.

Os diagnósticos de óbito fetal normalmente são imprevisíveis como na consulta de rotina pré-natal.

<p><i>Observei uma demora para ouvir o coração, que na última consulta foi em segundos. O médico pediu para parar de falar para ouvir melhor o coração. Abaixou mais a minha calça e abriu mais minha camisa. Eu sabia que não era normal, não ouvir o coração com 20 semanas. Vendo o rosto do médico, entendi que havia algo errado. Comecei a chorar antes mesmo do médico dizer alguma coisa. Até o nascimento, sentia esperança e desespero. (MC7)</i></p>	<p><i>A médica não ouviu os batimentos dele (bebê 1), não disse nada e me encaminhou para confirmar no ultrassom. A gente ia marcar o parto, pois já estava com 38 semanas, mas não marcamos porque ela (bebê 2 com fenda palatina) estava com baixo peso, e estávamos segurando o máximo que podia por causa dela. (MB3)</i></p>
---	---

As alterações patológicas do organismo da mulher na gestação fazem com que a mulher procure os serviços de emergência. Esse motivo de preocupação também foi despertado nos familiares que acompanharam esta mulher na busca de assistência e começaram a peregrinação em busca de atendimento.

<p><i>Fui ao médico, porque sentia mal-estar que era incapaz de trabalhar. O médico disse que estava tudo normal. Ao voltar para casa, comecei a ter dor no abdome. Pensei que era problema de estômago, e sofri durante todo o fim de semana. Na segunda-feira, observei sangramento na boca e perdi a consciência. Os paramédicos disseram que não era urgente e recomendaram retorno ao médico [...] Para ir à consulta, precisei de ajuda do meu marido e do meu pai. O médico transferiu-me imediatamente para o hospital, pois estava com hemorragia interna e pré-eclâmpsia [...] O bebê morreu pouco antes do parto de emergência, pelos medicamentos que recebi. (MC9)</i></p>	<p><i>Estava com minha pressão alta que não normalizava. Fui ao hospital que me atende, o médico plantonista pediu para localizar um obstetra, o meu estava viajando e não foi localizado outro. Em outro hospital, o ginecologista fez cardiotoco e medicação, e me deixou ir embora para procurar o meu médico. Fui ao cardiologista e no doutor quando retornou. Após tive outro sangramento muito forte. Minha placenta descolou inteira e tive de fazer uma cesárea de emergência. (MB14)</i></p>
---	--

O diagnóstico do óbito fetal também ocorreu na evolução esperada nos casos de malformação congênita incompatível à vida identificado no USG. No Brasil, os óbitos fetais por malformação incompatível à vida ocorreram no terceiro trimestre, tendo em vista que apenas nos casos de anencefalia seria permitido induzir o parto terapêutico antes do trabalho de parto efetivo.

<p><i>O radiologista que emitiu o diagnóstico (osteogênese imperfeita) e o prognóstico (letal) da malformação foi significativo na minha decisão. A clareza de suas observações e explicações, bem como a confiança emitida no prognóstico ajudou nós (pais) a tomar a melhor decisão para mim e para o feto de interrupção médica. (MC16)</i></p>	<p><i>Quando fiz ultrassom morfológico descobri que ela tinha síndrome de Patau. O médico do US deu entender que não estava nada bem. O médico do pré-natal disse que não ia sobreviver e que era incompatível com a vida. Eu entrei em desespero e pensei: -Vou ter que esperar até nascer ou no máximo 3 meses de vida? Meu médico não quis tirar e me aconselhou a esperar que seja feita a vontade de Deus. Com 8 meses de gestação tive sangramento fui no médico, ele falou que eu podia ir para casa que ia começar as contrações. Quando estavam fortes voltei para o hospital, após quase um dia não tive dilatação e fizeram cesárea. (MB21)</i></p>
--	--

Os casos clínicos da perda fetal nos dois países apontam ainda que o momento da decisão em procurar atendimento ocorreu em situações que implicaram à realização do parto, quando entrou em trabalho de parto, a bolsa rompeu, presença de contrações, o bebê “parou de mexer” ou na presença de alterações clínicas do organismo materno.

<p><i>Minha bolsa rompeu. Fui para o hospital fazer o parto. Como tinha poucas contrações, instalaram ocitocina. Quando fizeram epidural, o coração do bebê caiu, mas recuperou-se rapidamente. Cerca de 30 minutos após a epidural, os médicos deram-me mais ocitocina. Dez minutos depois, vi o sangue fluindo, foi um descolamento prematuro da placenta. Fui encaminhada para cesariana de emergência. Na sala de recuperação, ao ver meu marido, percebi que minha filha estava morta. Eu não precisava ouvir palavras para entender o que tinha acontecido. (MC8)</i></p> <p><i>Estava tudo bem na gestação e o médico disse que eu poderia realizar o meu desejo do parto normal. Comecei a ter contrações que perdiam o foco nos movimentos fetais. As contrações diminuíram na noite do outro dia. Comecei a me preocupar com o fato de que o trabalho de parto não havia progredido. Nesse momento, me veio a dúvida de que o bebê podia ter morrido [...] No hospital, tive a impressão de ter seis profissionais ao meu redor para confirmar a morte. (MC5)</i></p>	<p><i>Não gosto nem de lembrar (choro). Fui ao posto de saúde e pedi para médico me encaminhar para fazer cesariana, pois já estava com 38 semanas, pressão alta (210x170), e nas outras duas gestações o médico encaminhou para cesárea. O médico disse que não podia, porque seria o médico do hospital que iria fazer o parto. [...] Na sexta-feira santa, ele mexeu de manhã e depois não mexeu mais. No dia seguinte, fui cedo ao hospital, o estudante e a médica não ouviram o coração, e me encaminharam para o ultrassom. No ultrassom não me falaram nada, e como já estava desconfiada, fiquei mais nervosa. Após a médica e estudante me disseram que ele estava em óbito. Tentaram parto normal, não tive dilatação e fizeram cesárea. (MB5)</i></p>
---	---

#### *Contato com o bebê nascido morto*

Nessa segunda categoria temática, emergiram os três núcleos dos sentidos: contato com o bebê e suas lembranças, não contato com o bebê e suas lembranças e impossibilidades de contato com o bebê.

Em relação ao contato com o bebê morto, observa-se que as canadenses são atendidas por profissionais com foco em orientações sobre o processo de luto, recebem várias lembranças do bebê da equipe hospitalar, são estimuladas a tirar fotos, e a ver o bebê mesmo quando não desejam fazê-lo ao contrário do que ocorre com as brasileiras.

No Canadá, apesar da presença do cristianismo, é possível a interrupção gestacional terapêutica até 23 semanas nos casos de malformações incompatíveis com a vida e quando a mulher fizer esta opção. A interrupção terapêutica, mesmo em países onde está legalizado, não é aceita pelas doutrinas do cristianismo. Assim, cabe aos membros religiosos que participam da equipe de saúde respeitar a decisão da mulher em sua autonomia de ser humano.

<p><i>Eu a peguei e tirei fotos. Fiquei muito agradecida com o que me deram do bebê. Eu não era capaz de medir a reflexão daquele momento. (MC8)</i></p> <p><i>Peguei todas as lembranças oferecidas pelo pessoal do hospital: realização do batismo, impressões digitais, a pulseira de identificação e o serviço de um fotógrafo. Ficamos cerca de seis horas com a nossa filha. Tive tempo de pegar ela no colo, ficar olhando, e ver a extensão da massa abdominal, confirmando que havíamos tomado a decisão certa. A assistente social também veio nos explicar o processo de luto e como explicar aos outros a morte de nossa filha. Durante todo o processo de interrupção da gravidez, eu me senti ouvida, exceto o capelão. (MC10)</i></p>	<p><i>Eu não cheguei a ver o bebê. Estava sangrando muito. Minha mãe tirou foto no necrotério, meu marido tirou no velório e vi depois. Eu não tinha coragem, ficava esperando ele vir mamar, e não vinha. (MB14)</i></p> <p><i>Antes de ir para o quarto, o médico trouxe o bebê para eu ver, bem arrumadinho, e logo já pediu para levar porque não podia ficar muito tempo, tinha de fazer exames. Não tirei foto dele, minha mãe foi tirar e alguém do hospital falou que não podia lá dentro. Peguei no colo só um pouquinho. (MB8)</i></p> <p><i>Quando voltei da anestesia, a médica perguntou se eu queria ver. Eu falei que eu queria. Ela o trouxe enroladinho, estava perfeito, lindo. Não consegui pegar ele, porque minhas mãos estavam amarradas. Isso que eu me arrependo, é de não ter pego ele. Mas Deus quis assim. (MB11)</i></p> <p><i>Eu o peguei, a minha mãe também pegou, e até tirei uma foto com ele. Eles (profissionais) até falaram com sarro: Olha! elas estão querendo pegar o natimorto. Não pode pegar, ela vai querer pegar para ela. Fui ao velório, pois me deram alta antes. (MB18)</i></p>
--	--

Por condições clínicas da mulher, foi impossibilitado o contato com o natimorto. No entanto, mesmo após estabilização não se verificou se os profissionais possibilitaram um novo contato ou mesmo orientaram os familiares a tirarem fotos e ou guardarem lembranças.



*Eu não vi a bebê, eu tinha acabado de sair da cirurgia a enfermeira chamou quem queria ver. Meu marido e uma amiga viram. Meu marido não tirou foto e não aguentou ficar muito tempo e minha amiga disse que ela era perfeita, parecida comigo e bem grande. (MB21)*

Em alguns casos, a mãe não tem dimensão do que está se passando, e não quer ver o bebê. Os profissionais da saúde do Canadá procuram estimular a realização deste encontro com o bebê morto.

Também no Brasil, uma mulher não teve o desejo de ver o bebê e justificou como sendo um modo de ser. No entanto, exprime esta decisão como uma dificuldade posterior na concretização da morte e no enfrentamento do luto. A mãe que não viu o bebê mantém no imaginário a “imagem” deste, transportando esta figura para outras crianças, tentando idealizar como seria seu filho. O relato das mulheres demonstra a necessidade de profissionais capacitados para prestar melhor assistência à mulher neste momento.

*Os enfermeiros insistiram muito para eu ver o bebê. Caso contrário, os enfermeiros não me deixavam tranquila, já que eu não queria falar. Não quis levar as lembranças, para não relatar memórias do seu nascimento em casa. (MC16)*

*O médico pediu para eu ver, mas eu não quis, minha mãe disse que era a minha cara. Mas é o meu jeito, meu irmão morreu faz 10 anos e até hoje não vejo as fotos e vídeos dele e foi um sacrifício ficar no velório. Penso que como não quis ver o bebê, quando lembro no bebê, rostos diferentes de criança sempre vêm na minha mente. (MB1)*

#### *Assistência no óbito fetal*

Nesta última categoria, emergiram os núcleos do sentido: assistência ofertada satisfatória e assistência ofertada não satisfatória.

A atuação dos profissionais no ambiente hospitalar no Canadá é vista como muito satisfatória pelas mulheres que vivenciaram a perda fetal. No Brasil, nem sempre se constata tal satisfação. Observa-se a necessidade da mulher em receber informações e assistência ofertada por uma equipe de saúde multidisciplinar para auxílio e apoio na tomada de decisão em todos os aspectos deste enfrentamento (físicos, mentais e sociais).

<p><i>Após a perda, pediatra e ginecologista vieram explicar o que tinha acontecido. Eles vieram várias vezes, porque eu não tinha entendido tudo pela primeira vez. Ao deixar a sala de recuperação, a equipe me trouxe de volta para a sala de parto em vez de um quarto, para eu não ouvir nenhum bebê chorando. (MC9)</i></p> <p><i>No hospital para interrupção médica, os enfermeiros e médicos ginecologistas foram "muito, muito, muito bons". Eu não esperava ser tratada com tanto respeito e empatia. Eu senti que eles entenderam que era uma provação dolorosa para mim e meu marido. Eu preferia não ter precisado tomar a decisão, e que tivesse acontecido espontaneamente. (MC10)</i></p>	<p><i>Eu tinha uma visão péssima do Hospital [...], mas depois que fui lá, não posso falar nada, fui muito bem tratada. (MB1)</i></p> <p><i>Isso que é ruim no Hospital [...] no pré-natal é sempre o mesmo, mas quando precisa ficar internada, no plantão qualquer médico (obstetra) que cuida de você. (MB13)</i></p> <p><i>Fiquei internada vários dias depois do parto, falaram que a psicóloga ia me visitar mas não foi. (MB2)</i></p>
--	---

No entanto, a satisfação das canadenses com o bom atendimento não é sempre a mesma em todas as instâncias da atenção primária, nos denominados Centre Local de Services Communautaires (CLSC), e as suas necessidades são atendidas nos grupos profissionais de apoio. Não há dúvida da necessidade de receber atendimento profissional nas semanas e meses que se seguem após a morte, como suporte ao enfrentamento do luto.

<p><i>A enfermeira do CLSC me procurou, participo de um grupo profissional de apoio e conheci outras mães que tiveram perda semelhante a minha. (MC8)</i></p> <p><i>Após a morte, tive vários contatos. Mantive contato com o capelão do hospital. Fui consultar um psicólogo e participei de um grupo de apoio aos pais que tiveram experiências semelhantes. (MC1)</i></p> <p><i>A enfermeira do hospital disse que alguém do CLSC iria entrar em contato com nós...isso nunca aconteceu. Então, eu liguei no CLSC, e eles disseram que não tinham ninguém qualificado, ou que se sentia à vontade com o luto para nos ajudar. Então eu disse: Ah, tudo bem, porque nos também não estamos à vontade com o luto. (MC9)</i></p>	<p><i>No começo, a gente fica com raiva, revoltada com o médico. (Choro). Depois eu pensei, para o homem pode ser que ele tem algum poder, mas pela minha fé eu acredito que não acontece nada se Deus não permitir. Então não vou dar para ele, este poder de vida e morte. Que ele não tem. Ele poderia ter sido mais eficiente, poderia ter interrompido antes. Mas se estava nos planos de Deus, que o bebê fosse morrer, ele ia morrer, mesmo se ele nascesse antes. Então, este foi o jeito que arrumei para não ficar com raiva do médico, porque é muito ruim. Não podia nem pensar ou imaginar de ver ele na minha frente. Não sabia qual reação eu poderia ter, se eu podia ter uma crise nervosa, xingasse. (MB5)</i></p> <p><i>No posto de saúde, disseram que iriam marcar um horário com a psicóloga, mas ela entrou em férias. (MB2)</i></p>
--	---

Na realidade brasileira, não foi registrada a existência de um grupo profissional de apoio, por isso não há citação nos casos. Foi também evidenciada a falta de estratégias, de destrezas e de recursos dos profissionais da saúde para atender às necessidades das mulheres. As canadenses e brasileiras expressaram sugestões para a melhoria na assistência oferecida pelos profissionais da saúde.

<p><i>Os profissionais precisam entender que a perda do bebê na gravidez, é a perda da esperança de ter um filho, é finalizar abruptamente um projeto de vida. Desta forma, os profissionais devem esperar que os pais fiquem chateados com essa perda, e estarem cientes de que a maneira como tratam os pais, terão um impacto nestes quando retornarem para a casa. Os profissionais devem deixar os pais à vontade, e um acesso mais fácil deve ser fornecido. Os profissionais também devem verificar com os pais, se eles precisarão de algum acompanhamento profissional e fornecer referências para os recursos de apoio aos pais. (MC1)</i></p>	<p><i>Fiz também uma USG no SUS, mas não fui pegar, porque achei muito precário, aparelho muito antigo. O médico falou que o bebê estava com a mãozinha mexendo, eu sabia que os órgãos ainda não estavam totalmente formados. O investimento em aparelhos bons pelo governo é necessário, porque às vezes a criança está doente na barriga da mãe, a mãe não sabe, e espera um filho normal e nasce um filho cheio de problemas. Quando a gente sabe desde o início, faz uma programação. [...] vou parar de trabalhar para cuidar. Ou, não, eu não tenho como criar. [...] Todo mundo imagina que o bebê vai nascer lindo e maravilhoso. Mas não é assim. A médica solicitou exames do bebê que o meu plano privado não aceitou. Meu marido teve de ir na delegacia fazer um boletim de ocorrência para conseguir no Ministério Público. (MB8)</i></p>
--	--

## Discussão

As causas identificadas dos óbitos nesta pesquisa foram similares aos apontados por estudos realizados em países desenvolvidos, contendo patologias fetais, fatores placentários, condições maternas, desordens no líquido amniótico e do cordão umbilical (ROBALO et al., 2013). Dentre os transtornos da gravidez, o descolamento prematuro da placenta e o tamanho pequeno para a idade gestacional são os que mais ocorrem, destacando a importância da investigação de patologia placentária como contribuinte na identificação da natimortalidade (FLENADY et al., 2011).

As histórias clínicas das mulheres mostraram na realização dos exames obstétricos, laboratoriais e de imagem, a determinação do óbito fetal e, como também definidas nas literaturas, apresentaram as causas maternas e feto-anexiais para óbito fetal (FLENADY et

al., 2011; ROBALO et al., 2013). O pré-natal apresenta uma associação entre adequado ser protetor e inadequado como responsável pelo aumento do óbito fetal (BARBEIRO et al., 2015). Desta forma, nos casos de óbito fetal é imprescindível a determinação da causa para compreensão dos pais e um planejamento para evitar nova perda em uma gravidez futura.

A US foi o recurso mais utilizado para diagnosticar as complicações da gravidez e o óbito fetal e contribuiu para a conduta na assistência obstétrica. A ultrassonografia obstétrica pode identificar placenta prévia, má posição fetal, gestação múltipla, gravidez ectópica, produtos placentários retidos após o parto, malformações fetais, restrição do crescimento fetal, poli e oligodrâmnio, miomas obstrutivos e a morte fetal (McCLURE et al., 2014).

No Brasil, as mulheres não têm contato com o bebê morto e quando têm este é rápido e desassistido. Observa-se um despreparo, tendo em vista que os profissionais da saúde não estimulam o contato e quando a mãe deseja fazê-lo, estes percebem esta medida como prejudicial, uma anormalidade. Em outro estudo, também foram encontradas diferentes reações no que diz respeito a providenciar lembranças do bebê, indicando que os profissionais da saúde desconhecem até que ponto essas opções podem ajudar os pais a superar melhor o luto (MONTERO et al., 2011).

Apesar dos avanços de integralidade da atenção à saúde no Brasil, em conformidade com os princípios e as diretrizes do atual sistema de saúde, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Há necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no sistema de saúde brasileiro é um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

O luto dos pais que viveram a perda de um bebê, mas não tiveram a oportunidade de conhecer o seu bebê, era diferente de outros tipos de luto. A possibilidade de ver e segurar o bebê está associada com menos sintomas de estresse pós-traumático (GRAVENSTEEN et al., 2013). Para algumas mulheres, as fantasias criadas em torno das malformações são desconstruídas quando ela vê o bebê. O ver o bebê concretiza o imaginário das malformações visíveis, e para as não visíveis a perfeição já que havia feito uma imagem pior dele.

Há 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 é fundamental para o enfrentamento e superação da perda (FLENADY et al., 2014). Os profissionais da saúde além de oferecerem suporte de lembrança aos pais, precisam de treinamento para garantia e entendimento do apoio a esta a situação (ROBERTS et al., 2012; FLENADY et al., 2014). Pessoas que tenham sofrido problema semelhante antes podem se disponibilizar a proporcionar mais apoio do que aqueles que nunca tiveram (ROSNAH et al., 2010).

No Sistema de Saúde do Brasil, a proposta de assistência hospitalar para atuação profissional diante da perda perinatal (BRASIL, 2011) ainda não foi efetivada nos serviços de saúde (STREFLING et al., 2015). Assim, as intervenções, a assistência e a formação para a prestação de cuidados nessas situações representam uma questão pendente. Essa experiência evidencia fragilidade na atuação dos profissionais, que não sabem como devem se comportar, nem como acompanhar e cuidar da mulher e de seu companheiro, após sofrerem uma perda (MONTERO et al., 2011).

Diante dos diversos contextos culturais, as mulheres mulçumanas que experienciaram óbito fetal relataram a falta de comunicação e privacidade no hospital durante o período de luto. Os familiares e amigos desempenharam papel importante na prestação de apoio e consideraram que a perda foi um teste de Deus para melhorar a sua autoestima (SUTAN; MISKAM, 2012).

No Brasil, os profissionais da saúde sentem-se pouco preparados para estabelecer uma relação de empatia e não têm consciência de que uma atitude inadequada pode influenciar a evolução correta do luto das mulheres (MONTERO et al., 2011). Para melhorar os cuidados de enfermagem prestados às mulheres que tiveram óbito fetal, é fundamental uma avaliação precoce do processo de luto, no sentido de programar intervenções necessárias a cada caso (PARIS et al., 2014).

As brasileiras, com raras exceções, mostraram-se satisfeitas com os atendimentos no serviço hospitalar e no serviço de atenção primária. O atendimento insatisfatório foi observado tanto no pré-natal e quanto no puerpério da atenção primária. Na trajetória do enfrentamento, a fé foi um amparo para a mulher seguir sua vida. A religião é uma demonstração de fé e a mulher recorre a ela para dar sentido e enfrentar a história vivenciada nesse contexto, apegando-se a Deus para a sua maior fonte de força.

Estudos abordam que o processo do luto é melhor elaborado com o decorrer do tempo (KOCH; SANTOS; SANTOS, 2012). No entanto, quando se trata da morte de um filho, os sentimentos e o sofrimento pela circunstância da morte dos filhos são preservados e revividos a cada lembrança. A exemplo de outros estudos (ALARCÃO; CARVALHO; PELLOSO, 2008), mesmo que algumas entrevistas tenham ocorrido em tempo maior após a ocorrência que em outros, as mulheres relataram minuciosamente cada detalhe do caso ocorrido com a perda gestacional. As mulheres descreveram a sequência dos fatos, com lembranças do dia da semana que ocorreu, peso, estatura e fisionomia do feto, pessoas que estavam presentes, e como os profissionais da saúde informaram o óbito fetal.

Esta pesquisa confirmou que a abordagem qualitativa é imprescindível quando a investigação envolve especificamente as necessidades de assistência das mães que tiveram óbito fetal (MANDER, 2014). Ao ler e reler os casos das mulheres observa-se a saturação dos dados, na repetição das histórias vivenciadas. Os resultados deste estudo permitirão o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde, social e culturalmente adequada, e projetado para aumentar o apoio social, reduzindo o sofrimento psicológico e evitando o luto complicado. O luto perinatal é um fardo social significativo que impacta na saúde da mulher (ROBERTS et al., 2012).

Diante das implicações do tema morte/morrer, os profissionais da saúde sabem a importância de oferecerem assistência à mulher, e compreendem que a visita domiciliar é uma das práticas essenciais de cuidado às mulheres que vivenciam a perda gestacional, pois proporciona aos profissionais maior aproximação com o seu contexto familiar, e permite um acompanhamento mais adequado e efetivo, baseado na escuta, aconselhamento e orientação. Observa-se, ainda, a necessidade de ampliação deste serviço de tecnologia leve (AMTHAUER et al., 2012), que acrescido à existência de serviço de grupo profissional de apoio nestas situações de perda, poderão beneficiar as mulheres no enfrentamento do luto.

## **Conclusão**

Com o método clínico-qualitativo foi possível compreender a experiência das mulheres canadenses e brasileiras na ocorrência da perda fetal. Para as mulheres dos dois países foram encontradas as mesmas principais causas dos óbitos fetais e a identificação amparada nas alterações clínicas do organismo da mulher, no trabalho de parto, na realização da UGS e na percepção de que a gestação não estava evoluindo bem,

demonstrando a trajetória percorrida nos serviços de saúde. Em alguns casos, a mulher já havia sido orientada da provável ocorrência do óbito e em outras situações foram surpreendidas pela fatalidade.

Quanto ao contato com o bebê morto, pelas histórias das mulheres, independente da idade gestacional, observa-se todo um ritual para as canadenses olharem, pegarem, cuidarem e guardarem lembranças do seu bebê nascido morto. Algumas brasileiras também tiveram essa oportunidade, entretanto, com tempo limitado e às vezes de maneira constrangedora diante da postura dos profissionais da saúde, pouco preparados para lidar com tal situação.

A partir deste estudo, uma rotina de programas de atendimento ao luto poderá ser implantada nos hospitais do Brasil conforme experiência canadense. Os casos clínicos relataram como os contatos aconteceram e foram sentidos por essas mulheres com embasamento na realidade sociocultural, nas diversas circunstâncias, e no relacionamento com os serviços de saúde, instituições religiosas e pessoas.

Ficou muito evidente a necessidade das mulheres que vivenciaram perda fetal, o acompanhamento por uma equipe multiprofissional e a importância de uma rede de apoio. A perda fetal implicou na reconstrução da identidade da mulher, e na reflexão sobre o momento experienciado, trazendo sabedoria para aconselhar outras mulheres, com vistas a evitar processos semelhantes aos vivenciados por elas e recomendações aos profissionais e às rotinas dos serviços de saúde, para melhor assistência nos casos que ainda continuam a existir.

## Referências

ADOLFFSSON, A. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. **Psychol. Res. Behav. Manag.**, Auckland, v. 4, no. 1, p. 29-39, 2011.

ALARCÃO, A. C. J.; CARVALHO, M. D. B. PELLOSO, S. M. A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 341-347, 2008.

AMTHAUER, C. et al. Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 81-88, 2012.

BARBEIRO, F. M. S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 22, p. 1-15, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-0034-89102015049005568.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-0034-89102015049005568.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2015.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

DEMONTIGNY, F. et al. Décès périnatal: portrait des services aux familles au Québec. **Perspectives Infirmières**, Québec, v. 17, no. 5, p. 24-27, Sept./Oct. 2010. Disponível em: <[https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective\\_infirmieres/2010\\_vol07\\_no05/12\\_deuil\\_perinatal.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2010_vol07_no05/12_deuil_perinatal.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2015.

FLENADY, V. et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, London, v. 377, no. 9774, p. 1331-1340, 2011.

FLENADY, V. et al. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. **BJOG**, Oxford, v. 121, p. 137-140, Sept. 2014. Suppl. 4.

GRAVENSTEEN, I. K. et al. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. **BMJ Open**, London, v. 3, no. 10, p. e003323, Oct. 2013.

KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. **Dialogues Clin. Neurosci.**, Neuilly-sur-Seine, v. 14, no. 2, p. 187-194, 2012.

KOCH, C.; SANTOS, C.; SANTOS, M. R. Estudo das propriedades métricas da versão portuguesa para Portugal do Well-Being Questionnaire12 (W-BQ12) em mulheres com perda de gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 567-574, 2012.

MANDER, R. Who listens to parents and is anything done? **Pract Midwife**, Hale, v. 17, no. 7, p. 24-25, Jul./Aug. 2014.

McCLURE, E. M. et al. First look: a cluster-randomized trial of ultrasound to improve pregnancy outcomes in low income country settings. **BMC: Pregnancy Childbirth**, London, v. 14, p. 73, 2014.

MONTERO, S. et al. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1405-1412, nov./dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_18.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2014.

MOTA GONZÁLEZ, C. M. et al. Escala de duelo perinatal validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. **Rev. Latino Amer. Psicol.**, México, v. 43, n. 3, p. 419-428, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a03.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.



PARIS, G. F. et al. Enfrentamento do óbito fetal na perspectiva da mãe: análise de série temporal. **OBJN**, Niterói, v. 13, p. 386-388, out. 2014. Supl. 1. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/4781-22111-1-PB%20(2).pdf>. Acesso em: 12 jan. 2015.

ROBALO, R. et al. Restrição do crescimento fetal: casuística de 4 anos. **Acta Obstet. Ginecol. Port.**, Coimbra, v. 7, n. 2, p. 78-8, 2013.

ROBERTS, L. R. et al. Social and cultural factors associated with perinatal grief in Chhattisgarh, India. **J. Community Health**, New York, v. 37, no. 3, p. 572-582, Jun. 2012.

ROSNAH, S. et al. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. **J. Zhejiang Univ. Sci. B.**, Hangzhou, v. 11, no. 3, p. 209-217, Mar. 2010.

SCOTT, J. Stillbirth: breaking the silence of a hidden grief. **Lancet**, London, v. 377, no. 9775, p. 1386-1388, 2011.

STREFLING, I. S. S. et al. Percepções da enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: estudo qualitativo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 784-791, 2015.

SUTAN, R. et al. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. **J. Zhejiang Univ. Sci. B**, Hangzhou, v. 11, no. 3, p. 209-217, 2010.

TURATO, E. P. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

## 8 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, PESQUISA E PRÁTICA DA ENFERMAGEM

O presente estudo possibilitou um **ensino-aprendizado** da enfermagem na área de luto por óbito fetal, por meio da ampla revisão de literatura em diversas realidades nacionais e internacionais, direcionando novos conhecimentos em relação a um tema ainda pouco explorado na enfermagem, para uma adequada formação e atuação profissional.

A realização da **pesquisa**, com a aplicação das escalas psicométricas, demonstrou novas atuações da enfermagem no estado de saúde mental das mulheres, identificando os casos patológicos. A entrevista semidirigida no método clínico-qualitativo mostrou-se extremamente adequada, pois permitiu aproximação entre pesquisadora e participante, descrevendo a rede de apoio profissional e social e um direcionamento efetivo das respostas aos objetivos da pesquisa.

Os resultados apresentam implicações para a **prática de enfermagem**, ao expor o estado complicado de saúde mental das brasileiras, um despreparo para o atendimento e até a ausência de assistência para as mulheres, companheiros e demais familiares, o qual pode estar contribuindo diretamente ao estado de luto dessas mulheres que tiveram óbito fetal. Os resultados evidenciam a importância de aprimorar os conhecimentos e qualificar a assistência de enfermagem na área do luto por óbito fetal para o adequado tratamento e enfrentamento dessa complicação dramática da gravidez.

A prática assistencial da doutoranda ao entrevistar as brasileiras oportunizou um momento terapêutico de expressão para as mulheres que não têm grupo de apoio profissional, dando voz à realidade desassistida, e construiu conhecimento participando do grupo de apoio no Canadá.

O estágio no exterior possibilitou conhecer uma cultura assistencial em um país desenvolvido e poder comparar com a nossa realidade de país em desenvolvimento, para posteriormente implantar o modelo assistencial. O estudo revelou a necessidade de investir na criação de grupos de apoio pelos profissionais enfermeiros tendo em vista o menor estado de luto nas mulheres canadenses que utilizaram este serviço.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo confirmou que a ELP pode ser utilizada para identificação do estado de luto em mulheres do Brasil e Canadá que tiveram óbito fetal, conforme respectiva versão de cada país. A utilização da ferramenta da ELP pelos enfermeiros para avaliar o estado dos pais depois da perda perinatal poderá ajudá-los a compreender melhor a dor dos pais enlutados e aumentar a qualidade da assistência psicossocial.

O cenário estudado demonstrou o fenômeno do luto em duas culturas diferentes, e evidenciou a condição precária na maior prevalência dos casos de luto complicado nas mulheres brasileiras em relação às canadenses. Além da associação do estado de luto complicado por óbito fetal, segundo a maior duração da gestação, o menor tempo decorrido da perda e a falta de apoio/assistência profissional, as mulheres que não têm satisfação conjugal, não praticam religião e de menor escolaridade, são também as mulheres que mais devem ser mais investigadas e amparadas quanto ao estado de luto após uma perda fetal.

O filho desejado é um sonho a ser concretizado para a maioria das mulheres, atualmente até mesmo sem um companheiro. Assim, a morte de um filho antes de nascer é a queda de uma esperança, de um planejamento de vida. Para as mulheres-mães, é um paradoxo da “ordem natural das coisas”, os filhos morrerem antes dos pais. Também foi observada a dificuldade da assistência da equipe de saúde ao se deparar com os casos de óbito fetal, principalmente na questão psicossocial da perda de uma gravidez e no contato com a morte.

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 torne legítimo o sofrimento psíquico dessas mulheres. A exemplo do Canadá, infelizmente, no Brasil ainda não existe a proposta formalizada no sistema de saúde dos grupos profissionais de apoio de referência para essas mulheres.

A partir deste estudo, é possível refletir sobre a necessidade de atualização dos currículos universitários e técnicos dos profissionais da área de saúde quanto ao tema, para que a prática profissional seja adequada nos casos de óbito fetal. Desenvolver competências profissionais direcionadas para um atendimento em excelência nas necessidades na área do luto por óbito perinatal, implica na prática do cuidado direcionada para promoção da saúde e na ampliação dos novos modelos assistenciais.

## REFERÊNCIAS

ADOLFSSON, A. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. **Psychol. Res. Behav. Manag.**, Auckland, v. 4, no. 1, p. 29-39, 2011.

ADOLFSSON, A.; LARSSON, P. G. Translation of the short version of the Perinatal Grief Scale into Swedish. **Scand. J. Caring Sci.**, Stockholm, v. 20, no. 3, p. 269-273, 2006.

ADOLFSSON, A.; LARSSON, P. G. Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's taxonomy, using the Perinatal Grief Scale. **Ups. J. Med. Sci.**, Uppsala, v. 115, no. 3, p. 201-209, 2010.

ALARCÃO, A. C. J.; CARVALHO, M. D. B. PELLOSO, S. M. A morte de um filho jovem em circunstância violenta: compreendendo a vivência da mãe. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 341-347, 2008.

ALENCAR, G. P. **Influência dos fatores de situação socioeconômica, de aceitação da gravidez e da assistência pré-natal na mortalidade fetal: análise com modelagem de equações estruturais.** 2009. 87 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ALMEIDA, M. F. et al. Quality of information registered on fetal deaths certificates in São Paulo, Southeastern Brazil. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 845-853, 2011.

AMARAL, E. et al. A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: the Vigimoma Project. **BMC: Pregnancy Childbirth**, London, v. 11, p. 1-8, Jan. 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3032755/pdf/1471-2393-11-9.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

AMTHAUER, C. et al. Práticas assistenciais na perda gestacional: vozes de profissionais de saúde da família. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 81-88, 2012.

ANDERSSON, I. M.; 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.**, Stockholm, v. 26, no. 2, p. 262-670, 2012.

ANDRADE, L. G. et al. Fatores associados à natimortalidade em uma maternidade escola em Pernambuco: estudo caso controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 285-292, jun. 2009.

ANDREOLI, S. A.; BLAY, S. L.; MARI, J. J. Escalas de rastreamento aplicadas na população geral. In: GORENSTEIN, C. et al. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia.** São Paulo: Leitura Médica, 2008. p. 45-51.

ARAGÃO, R. De mãe para filha: a transmissão da maternidade. In: MELGAÇO, R. (Org.). **A ética na atenção ao bebê: psicanálise, saúde e educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 97-108.

ARAÚJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014.

AUGER, N. et al. Rates of stillbirth by gestational age and cause in Inuit and First Nations populations in Quebec. **Canad. Med. Assoc. J.**, New York, v. 185, no. 6, p. E256-E262, 2013.

BAILLARGEON, J.; DUBOIS, G.; MARINEAU, R. Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique. **Can. J. Behav. Sci.**, Toronto, v. 18, no. 1, p. 25-34, 1986.

BALDASSIN, S. P.; MARTINS, L. C.; ANDRADE, A. G. Traços de ansiedade entre estudantes de medicina. **Arq. Méd. ABC**, Santo André, v. 31, n. 1, p. 27-31, 2006.

BARBEIRO, F. M. S. et al. Óbitos fetais no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 22, p. 1-15, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt\\_0034-8910-rsp-0034-89102015049005568.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-0034-89102015049005568.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2015.

BARBUSCIA, D. M.; RODRIGUES-JÚNIOR, A. L. Completude das informações nas declarações de nascido vivo e nas declarações de óbito, neonatal precoce e fetal, da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2000-2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1192-1199, 2011.

BARR, P.; CACCIATORE, J. Problematic emotions and maternal grief. **Omega**, Torino, v. 56, no. 4, p. 331-348, 2008.

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.

BEATON, D. E. B. et al. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. **Spine**, Hagerstown, v. 25, no. 24, p. 3186-3191, Dec. 2000.

BEECKMAN, K. et al. Development and application of a new tool for assessing the suitability of the content and timing prenatal. **BMC: Saúde Serv. Res.**, London, v. 11, p. 1-10, Sept. 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-11-213.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

BIAGGIO, A. M. B.; NATALÍCIO, L. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE)**. Rio de Janeiro: Centro Editor de Psicologia Aplicada-CEPA, 1979.

BOWLBY, J. **Apego e perda: separação - angústia e raiva**. Trad. de Leônidas Hegenberg, Octanny Mota e Mauro Hegenberg. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004. v. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jul. 2011a. Seção 1.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento**: norma técnica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade**. 2012a.

Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21377](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21377)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre nascidos vivos**. 2012b.

Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21379](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379)>. Acesso em: 16 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestantes do bolsa família já podem receber mais recursos**. Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id\\_area=1529&CO\\_NOTICIA=14111](http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1529&CO_NOTICIA=14111)>. Acesso em: 5 nov. 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. Estatísticas Vitais.

**Mortalidade**: óbito fetal. Maringá. 2014a. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10pr.def>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. Estatísticas Vitais. **Nascidos vivos**. Maringá. 2014b. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10pr.def>>. Acesso em: 16 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. Estatísticas Vitais.

**Mortalidade**: óbitos fetais. 2015a. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/fet10uf.def>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática. Estatísticas Vitais. **Nascidos vivos**. 2015b. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

BRYANT, J. et al. A systematic review of the quality of reporting in published smoking cessation trials for pregnant women: an explanation for the evidence-practiceGAP?

**Implement. Sci.**, London, v. 9, p. 1-10, Aug. 2014. Disponível em:

<<http://www.implementationscience.com/content/pdf/s13012-014-0094-z.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015

BUI, E. et al. The structured clinical interview for complicated grief: reliability, validity, and exploratory factor analysis. **Depress Anxiety**, New York, v. 32, no. 7, p. 485-492, Jul. 2015.

CAMARGO, A. B. M. A natimortalidade e a mortalidade perinatal em São Paulo. **São Paulo Perspect.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 30-47, jan./jun. 2008.

CANADÁ. Statistics Canada. **Canadian Vital Statistics**. Ottawa, 2011a. Disponível em: <<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=eng&p2=33&id=1024515>>. Acesso: 4 jun. 2015.

CANADÁ. Statistics Canada. **Vital Statistics: deathdatabase**. Ottawa, 2011b. Disponível em:

<<http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3233&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2>>. Acesso: 4 jun. 2015.

CANADÁ. **Statistics Canada**. 2011c. Disponível em:

<<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=eng&p2=33&id=1024516>>. Acesso: 4 jun. 2015.

CANADÁ. Statistics Canada. **Death 2009**. Ottawa, 2012. Disponível em:

<<http://www.statcan.gc.ca/reference/copyright-droit-auteur-eng.htm>>. Acesso: 30 maio 2015.

CANADÁ. **Ville de Gatineau**. 2013. Disponível em:

<<http://www.ville.gatineau.qc.ca/page.asp?p=accueil>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

CANADÁ. Statistics Canada. **Demography Division**, Ottawa, v. 28, n. 4, p. 1-69, 2015.

Disponível em: <<http://www.statcan.gc.ca/reference/licence-eng.html>>. Acesso: 30 maio 2015.

CAPITULO, K. L.; CORNELIO, M. A.; LENZ, E. R. Translating the short version of the Perinatal Grief Scale: Process and challenges. **Appl. Nurs. Res.**, Philadelphia, v. 14, no. 3, p. 165-170, Aug. 2001.

CAPITULO, K. L. et al. Psychometric testing of the new spanish short version of the perinatal grief scale to measure perinatal grief in spanish-speaking parents. **Hisp. Health Care Int.**, New York, v. 8, no. 3, p. 125-135, 2010.

CAPONI, I. L'anxiété paternelle et maternelle postnatale et ses liens avec les dimensions relationnelles. **Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.**, Paris, v. 63, no. 1, p. 9-16, 2015.

CESAR, J. A. et al. Características sociodemográficas e de assistência a gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, p. 985-994, 2011.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; LAURENTI, R. O sexo masculino vulnerável: razão de masculinidade entre os óbitos fetais brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 720-728, 2012.

CLARK, L. A.; WATSON, D. Constructing validity: basic issues in objective scale development. **Psychol. Assess.**, Iowa, v. 7, no. 3, p. 309-319, Sept. 1995. Disponível em: <[http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM\\_Readings/Clark\\_and\\_Watson\\_1995.pdf](http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM_Readings/Clark_and_Watson_1995.pdf)>. Acesso: 4 jun. 2015.

COUSENS, S. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. **Lancet**, London, v. 377, no. 9774, p. 1319-1330, Apr. 2011.

COUTO, E. R. et al. Quality of life, depression and anxiety among pregnant women with previous adverse pregnancy outcomes. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 127, n. 4, p. 185-189, 2009.

COX, J. L.; HOLDEN, J. M.; SAGOVSKY, R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. **Br. J. Psychiatry**, London, v. 150, no. 6, p. 782-786, 1987.

DAVIES, V. et al. Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: a pilot study. **Ultrasound Obstet. Gynecol.**, Carnforth, v. 25, no. 4, p. 389-392, Apr. 2005.

DEMONTIGNY, F. et al. Décès périnatal: portrait des services aux familles au Québec. **Perspectives Infirmières**, Québec, v. 17, no. 5, p. 24-27, Sept./Oct. 2010. Disponível em: <[https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective\\_infirmieres/2010\\_vol07\\_no05/12\\_deuil\\_perinatal.pdf](https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/publications/perspective_infirmieres/2010_vol07_no05/12_deuil_perinatal.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2015.

DUMITH, S. C. et al. Atividade física durante a gestação e associação com indicadores de saúde materno infantil. **Rev. Saude Publica**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 327-333, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/en\\_3380.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/en_3380.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2015.

FARIA-SHUTZER, D. B. et al. Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. **Est. Interdisc. Psicol.**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 113-132, dez. 2014.

FENSTERMACHER, K.; HUPCEY, J. E. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 69, no. 11, p. 2389-2400, Jan. 2013.



FIGUEIRA, P. et al. Escala de depressão pós-natal de Edimburgo para triagem no sistema público de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, p. 79-84, 2009. Supl. 1.

FIGUEIREDO, F. S. F. et al. Gestational attention during early prenatal care: an epidemiological study. **Online Braz. J. Nurs**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 794-804, 2013.

FLENADY, V. et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, London, v. 377, no. 9774, p. 1331-1340, 2011.

FLENADY, V. et al. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. **BJOG**, Oxford, v. 121, p. 137-140, Sept. 2014. Suppl. 4.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. Características biológicas e evitabilidade de óbitos perinatais em uma localidade do Rio de Janeiro: 1999 a 2003. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 8, n. 2, p. 171-178, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n2/04.pdf>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. Fatores de risco para mortalidade fetal em uma maternidade do Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 240-242, 2010.

FRETTS, R. C. et al. Increased maternal age and the risk of fetal death. **New England J. Medicine**, Boston, v. 33, no. 15, p. 953-957, 1995. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199510123331501>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

GAUTHIER, J.; BOUCHARD, S. Adaptation canadienne-française de la forme révisé e du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. **Can. J. Behav. Sci.**, Toronto, v. 25, no. 4, p. 559-578, 1993.

GILBERT, N. L.; AUGER, N.; TJEPKEMA, M. Stillbirth and infant mortality in Aboriginal communities in Quebec. **Health Rep.**, Ottawa, v. 26, no. 2, p. 3-8, 2015. Disponível em: <<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015002/article/14139-eng.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2015.

GOOGLE MAPAS. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/dir/Maring%C3%A1+-+PR/Gatineau,+QC,+Canada/@8.2641429,-106.3342153,3z/data=!3m1!4b1!4m13!4m12!1m5!1m1!1s0x94ecd6ee42618c1f:0xc356592828e03925!2m2!1d-51.9330558!2d-23.4209995!1m5!1m1!1s0x4cce1a7e0babe53:0x7cedf5701a140956!2m2!1d-75.7012723!2d45.4765446>>. Acesso em: 30 maio 2015.

GRAVENSTEEN, I. K. et al. Women's experiences in relation to stillbirth and risk factors for long-term post-traumatic stress symptoms: a retrospective study. **BMJ Open**, London, v. 3, no. 10, p. e003323, Oct. 2013.

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**, Paris, v. 13, no. 2, p. 83-89, 1998.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente alfa de Cronbach. **Rev. Produto & Produção**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 85-103, jun. 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/viewFile/9321/8252>>. Acesso em: 22 maio 2014.

HERNANDEZ, J. A. E. Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 13, n. 3, p. 593-601, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo populacional 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

JOHNSON, O. P.; LANGFORD, R.W. A Randomized Trial of a Bereavement Intervention for Pregnancy Loss. **J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.**, Philadelphia, v. 44, no. 4, p. 492-429, Jul./Aug. 2015.

KERSTING, A. [Peripartum depression and grief after pregnancy loss: special problem areas in obstetrics]. **Nervenarzt**, Berlin, v. 83, no. 11, p. 1434-1441, 2012.

KERSTING, A. et al. Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. **J. Affect. Disord.**, Netherlands, v. 131, no. 1-3, p. 339-343, 2011.

KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. **Dialogues Clin. Neurosci.**, Neuilly-sur-Seine, v. 14, no. 2, p. 187-194, 2012.

KIGULI, J. et al. Weeping in silence: community experiences of stillbirths in rural eastern Uganda. **Glob. Health Action**, Häggeby, v. 8, p. 24011, 2015. Disponível em: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/24011>>. Acesso em: 18 jul. 2015.

KLEIN, C. J. et al. Fatores de risco relacionados à mortalidade fetal. **Rev. AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 11-16, 2012.

KOCH, C.; SANTOS, C.; SANTOS, M. R. Tradução portuguesa, adaptação e validação da Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS) em mulheres com perda de gravidez. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. 3, n. 6, p. 123-130, 2012a.

KOCH, C.; SANTOS, C.; SANTOS, M. R. Estudo das propriedades métricas da versão portuguesa para Portugal do Well-Being Questionnaire12 (W-BQ12) em mulheres com perda de gravidez. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 567-574, 2012b.

KRAMER, M. S. et al. Analysis of perinatal mortality and its components: time for a change? **Am. J. Epidemiol.**, Baltimore, v. 156, no. 6, p. 493-497, 2002.

LANSKY, S. Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis. In: BITTENCOURT, D. A. S.; DIAS, M. A. B.; WAKIMOTO, M. D. (Org.). **Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2013.

LAWN, J. E. et al. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? **Lancet**, London, n. 377, no. 9775, p. 1448-1463, 2011.

LAWN, J. E. et al. Every newborn: progress, priorities, and potential beyond survival. **Lancet**, London, v. 384, no. 9938, p. 189-205, 2014.

LIN, C. H.; CHENG, K. Y.; CHIANG, H. H. Saying goodbye to the newborn: the unease and actions of nursing professionals in handling stillbirth care. **Hu Li ZaZhi**, Beijing, v. 62, no.1, p. 29-38, 2015.

ŁUCZAK-WAWRZYŃIAK, J. et al. Early and late psychological effects of pregnancy loss. **Ginekol. Pol.**, Warszawa, v. 81, no. 5, p. 374-377, May 2010.

LUO, Z. C. et al. Risks of stillbirth and early neonatal death by day of week. **CMAJ**, Ottawa, v. 170, no. 3, p. 337-341, 2004.

LUO, Z. C. et al. Birth outcomes and infant mortality by the degree of rural isolation among first nations and non-first nations in Manitoba, Canada. **J. Rural Med.**, Ottawa, v. 26, no. 2, p. 175-181, 2010a.

LUO, Z. C. et al. Birth outcomes in the Inuit-inhabited areas of Canada. **CMAJ**, Ottawa, v. 182, no. 3, p. 235-242, 2010b. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/content/182/3/235.full.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2014.

MacDORMAN, M. F.; KIRMEYER, S. E.; WILSON, E. C. Fetal and perinatal mortality, United States, 2006. **Natl. Vital Stat. Rep.**, Hyattsville, v. 60, no. 8, p. 1-22, Aug. 2012.

MANDER, R. Who listens to parents and is anything done? **Pract Midwife**, Hale, v. 17, no. 7, p. 24-25, Jul./Aug. 2014.

MARINO, J. L. et al. Perinatal outcomes by mode of assisted conception and sub-fertility in an Australian data linkage cohort. **PLoS One**, San Francisco, v. 8, no. 1, p. e80398, Jan. 2014.

MATIASEVICH, A. et al. Perinatal mortality in three population-based cohorts from Southern Brazil: trends and differences. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. s399-s408, 2008. Supl. 3.

McCLURE, E. M. et al. First look: a cluster-randomized trial of ultrasound to improve pregnancy outcomes in low income country settings. **BMC: Pregnancy Childbirth**, London, v. 14, p. 73, 2014.

- MONTERO, S. et al. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1405-1412, nov./dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_18.pdf)>. Acesso em: 22 mar. 2014.
- MOORE, T.; PARRISH, H.; BLACK, B. P. Interconception care for couples after perinatal loss: a comprehensive review of the literature. **J. Perinat. Neonatal Nurs.**, Frederick, v. 25, no. 1, p. 44-51, Jan./Mar. 2011.
- MOTA GONZÁLEZ, C. M. et al. Escala de duelo perinatal validación en mujeres mexicanas con pérdida gestacional. **Rev. Latino Amer. Psicol.**, México, v. 43, n. 3, p. 419-428, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v43n3/v43n3a03.pdf>>. Acesso em: 30 maio 2015.
- MUCKLE, G. et al. Alcohol, smoking, and drug use among Inuit women of childbearing age during pregnancy and the risk to children. **Alcohol. Clin. Exp. Res.**, New York, v. 35, no. 6, p. 1081-1091, Jun. 2011.
- MURPHY, S. Reclaiming a moral identity: stillbirth, stigma and 'moral mothers'. **Midwifery**, Scotland, v. 28, no. 4, p. 476-480, 2012.
- OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para a mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 567-578, 2010.
- PAIM, J. et al. Saúde no Brasil 1: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, London, p. 11-31, 2011. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2014.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **O que é a Rede Mãe Paranaense**. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2892>>. Acesso em: 22 jul. 2012.
- PARIS, G. F. **Luto por óbito fetal**: estudo comparativo entre Brasil e Canadá. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem)–Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.
- PARIS, G. F.; PELLOSO, S. M.; MARTINS, P. M. Qualidade da assistência pré-natal nos serviços públicos e privados. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. 447-452, 2013.
- PARIS, G. F. et al. Enfrentamento do óbito fetal na perspectiva da mãe: análise de série temporal. **OBJN**, Niterói, v. 13, p. 386-388, out. 2014. Supl. 1. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/4781-22111-1-PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/4781-22111-1-PB%20(2).pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2015.
- PLESSIS, V. et al. Definitions of rural. **Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin**, Ottawa: Statistics Canada, v. 3, no. 3, 2001. Catalogue no. 21-006-XIE. Disponível em: <<http://www5.statcan.gc.ca/olc-cel/olc.action?objId=21-006-X&objType=2&lang=en&limit=0>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

POTVIN, L.; LASKER, J. N.; TOEDTER, L. J. Measuring grief: a short version of Perinatal Grief Scale. **J. Psychopathol. Behav. Assess.**, New York, v. 11, no. 1, p. 29-45, 1989.

PRIGERSON, H. G. et al. Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. **PLoS Med.**, San Francisco, v. 6, no. 8, p. e1000121, Aug. 2009.

PRIGERSON, H. G. et al. Correction: prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD 11. **PLoS Med.**, San Francisco, v. 10, n. 12, 2013.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. Emergências psiquiátricas. In: ERICK, M. **Luto e transtorno de ajustamento**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. cap. 11, p. 327.

RAFAEL, R. A. A. et al. Relacionamento probabilístico: recuperação de informações de óbitos infantis e natimortos em localidade do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 371-379, 2011.

RATISLAVOVÁ, K.; KALVAS, F.; BERAN, J. Validation of the czech version of the perinatal grief scale. **Cent. Eur. J. Nurs. Midw.**, New York, v. 6, no. 1, p. 191-200, 2015.

RESTREPO-MÉNDEZ, M. C. et al. Childbearing during adolescence and offspring mortality: findings from three population-based cohorts in southern Brazil. **BMC: Public Health**, London, v. 11, p. 781, 2011.

ROBALO, R. et al. Restrição do crescimento fetal: casuística de 4 anos. **Acta Obstet. Ginecol. Port.**, Coimbra, v. 7, n. 2, p. 78-8, 2013.

ROBERTS, L. R.; LEE, J. W. Autonomy and social norms in a three factor grief model predicting perinatal grief in India. **Health Care Women Int.**, Washington, D.C., v. 35, no. 3, p. 285-299, 2014.

ROBERTS, L. R. et al. Social and cultural factors associated with perinatal grief in Chhattisgarh, India. **J. Community Health**, New York, v. 37, no. 3, p. 572-582, Jun. 2012.

ROSNAH, S. et al. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. **J. Zhejiang Univ. Sci. B.**, Hangzhou, v. 11, no. 3, p. 209-217, Mar. 2010.

ROSNER, R. Prolonged grief: setting the research agenda. **Eur. J. Psychotraumatol.**, Järfälla, v. 19, no. 6, p. 2703, May 2015.

RYNINKS, K. et al. Mothers' experience of their contact with their stillborn infant: an interpretative phenomenological analysis. **BMC: Pregnancy Childbirth**, London, v. 13, no. 14, p. 203, Jun. 2014.

SÁ, R. A. M.; SILVA, N. R.; REZENDE, K. R. F. Gestação gemelar: problemas em dobro? **Femina**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, p. 749-755, dez. 2008.

- SAND, I. C. P. V.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O.; ABREU, S. M. Ansiedade de familiares de parturientes durante o processo de parto. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 474-481, 2011.
- SANTOS, H. G. et al. Mortalidade infantil no Brasil: uma revisão de literatura antes e após a implantação do Sistema Único de Saúde. **Pediatr.**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 131-143, 2010.
- SANTOS, I. 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**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2577-2588, nov. 2007.
- SANTOS, K. O. B.; ARAÚJO, T. M.; OLIVEIRA, N. F. Estrutura fatorial e consistência interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 214-222, 2009.
- SCOTT, J. Stillbirth: breaking the silence of a hidden grief. **Lancet**, London, v. 377, no. 9775, p. 1386-1388, 2011.
- SHEAR, M. K. et al. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. **Depress Anxiety**, New York, v. 28, no. 2, p. 103-117, 2011.
- SIMONET, F.; WILKINS, R.; LUO, Z. C. Temporal trends in Inuit, First Nations and non-Aboriginal birth outcomes in rural and northern Quebec. **Int. J. Circumpolar Health**, Oulu, v. 71, p. 187-191, 2012.
- SIMONET, F. et al. Primary birthing attendants and birth outcomes in remote Inuit communities—a natural "experiment" in Nunavik, Canada. **J. Epidemiol. Community Health**, London, v. 63, no. 7. p. 546-551, Jul. 2009.
- SMITH, G. C. Predicting antepartal stillbirth. **Clin. Obstet. Gynecol.**, Edinburgh, v. 53, no. 3, p. 597-606, Sept. 2010.
- SPANIER, G. B. Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. **J. Fam. Psychol. J.**, Washington, D.C., v. 38, no. 1, p. 15-28, Feb. 1976.
- SPIELBERGER, C. D. et al. **Manual for the State-Trait Anxiety Inventory**. Palo Alto: Consulting Psychologists, 1983.
- STREFLING, I. S. S. et al. Percepções da enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: estudo qualitativo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 784-791, 2015.
- STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **J. Pers. Assess.**, London, v. 80, no. 3, p. 217-222, Jun. 2003.
- SUTAN, R. et al. Psychosocial impact of mothers with perinatal loss and its contributing factors: an insight. **J. Zhejiang Univ. Sci. B**, Hangzhou, v. 11, no. 3, p. 209-217, 2010.

- TOEDTER, L. J.; LASKER, J. N.; ALHADEFF, J. M. The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. **Am. J. Orthopsychiatry**, Menasha, v. 58, no. 3, p. 435-449, 1988.
- TOEDTER, L. J.; LASKER, J. N.; JANSSEN, H. J. International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. **Death Stud.**, Washington, D.C., v. 25, no. 3, p. 205-228, Apr./Apr. 2001.
- TRINDADE, L. L. et al. Fatores de risco para morte fetal no município de Pato Branco (Brasil). **Invest. Educ. Enferm.**, Medellín, v. 29, no. 3, p. 451-458, nov. 2011.
- TSENG, Y. F.; CHEN, C. H.; WANG, H. H. Taiwanese women's process of recovery from stillbirth: a qualitative descriptive study. **Res. Nurs. Health**, New York, v. 37, no. 3, p. 219-228, 2014.
- TURATO, E. P. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- TURTON, P. et al. Psychological vulnerability in children next-born after stillbirth: a case-control follow-up study. **J. Child. Psychol. Psychiatry**, Oxford, v. 50, no. 12, p. 1451-1458, Dec. 2009.
- VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health- policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, London, v. 377, no. 9782, p. 2042-2053, Jun. 2011.
- VIDAL, A. S. et al. Estudo exploratório de custos e conseqüências do pré-natal no Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 467-474, jun. 2011.
- VOGEL, J. P. et al. Maternal and Perinatal Outcomes of Twin Pregnancy in 23 Low- and Middle-Income Countries. **PLoS One**, San Francisco, v. 8, no. 8, p. e70549, Aug. 2013.
- WAGNER, M.; CALLEGARI-JACQUES, S. Medidas de associação em estudos epidemiológicos: risco relativo e oddsratio. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 3, p. 247-251, maio/jun.1998.
- WAGNER, V. et al. Remote midwifery in Nunavik, Québec, Canada: outcomes of perinatal care for the Inuulitsivik health centre, 2000-2007. **Birth**, Berkeley, v. 39, no. 3, p. 230-337, 2012.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision**: vol 1-2 (ICD-10). Geneva, 1992.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Reproductive Health and Research. **National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995**: policy brief. Geneva, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/rhr\\_11\\_03/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr_11_03/en/index.html)>. Acesso em: 20 out. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Strengthening civil registration and vital statistics for births, deaths and causes of death: resource kit**. Geneva, 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78917/1/9789241504591\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78917/1/9789241504591_eng.pdf)>. Acesso em: 12 fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/>>. Acesso em: 17 fev. 2015.

YAN, E.; TANG, C. S.-K.; CHUNG, T. Validation of the Perinatal Grief Scale for use in Chinese women who have experienced recent reproductive loss. **Death Studies**, Washington, D.C., v. 34, no. 2, p. 151-171, Feb. 2010.

ZETUMER, S. et al. The impact of losing a child on the clinical presentation of complicated grief. **J. Affect. Disord.**, Netherlands, v. 170, no. 1, p. 15-21, 2015.

ZISOOK, S. et al. The bereavement exclusion and DSM-5. **Depress Anxiety**, New York, v. 29, no. 5, p. 425-443, May 2012.



## APÊNDICES

**APÊNDICE A – Características sociodemográficas e reprodutivas (versão português)**

**Data da entrevista:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**A. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS**

1. a. Quantos anos você tem? \_\_\_ anos      b. Quantos anos têm o seu parceiro? \_\_\_ anos

2. Qual a sua cor da pele?

1 branca       2 preta       3 parda       4 amarela       5 indígena

3. Qual a sua religião? (Marque apenas uma resposta)

1 Nenhuma       5 Evangélica       10 Outra, especifique: \_\_\_\_\_  
 4 Católica

4. Você pratica esta religião?

1 Não       2 Sim       88 Não se aplica

5. Quantos anos de estudo você tem? \_\_\_\_\_ anos

6. Qual o seu diploma de escolaridade mais elevado?

1 Diploma ensino primário       6 Diploma de especialista  
 2 Diploma de ensino secundário       7 Mestrado  
 3 Diploma de ensino técnico-profissional       8 Doutorado  
 4 Diploma universitário       9 Outro, especifique: \_\_\_\_\_

7. Qual a sua situação de emprego?

1 Tempo integral       4 Dona de casa  
 2 Tempo parcial regular       5 Estudante  
 3 Tempo parcial ocasional       6 Outro, especifique: \_\_\_\_\_

8. Qual a sua renda familiar mensal?

1 0 a 1 salário       4 6 a 7 salários  
 2 2 a 3 salários       5 8 a 9 salários  
 3 4 a 5 salários       6 10 salários e mais

**B. CARACTERÍSTICAS DA PERDA**

9. Data da perda gestacional: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ (D/M/A)
10. O pré-natal foi acompanhado por:
- <sub>1</sub> Médico clínico geral
  - <sub>2</sub> Obstetra-ginecologista
  - <sub>3</sub> Enfermeira
  - <sub>4</sub> Sem acompanhamento
11. Número de semanas de gestação na perda? \_\_\_\_\_ semanas
12. Qual idade você tinha na perda? \_\_\_\_\_ anos
13. Qual idade tinha seu parceiro na perda? \_\_\_\_\_ anos
14. No momento da perda, qual tipo de relacionamento tinha você e seu parceiro?
- <sub>1</sub> Casados
  - <sub>2</sub> Morando juntos
  - <sub>3</sub> Outro, especifique: \_\_\_\_\_
15. Quanto tempo vocês vivem como casal? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses
16. Atualmente, qual tipo de relação que você tem com seu parceiro?
- <sub>1</sub> Casados
  - <sub>2</sub> Morando juntos
  - <sub>3</sub> Separados
  - <sub>4</sub> Divorciados
  - <sub>5</sub> Outro, especifique: \_\_\_\_\_
17. Esta foi a sua primeira gestação?
- <sub>1</sub> Não
  - <sub>2</sub> Sim
18. Foi uma gravidez planejada?
- <sub>1</sub> Não
  - <sub>2</sub> Sim
22. Além da perda deste estudo, você já teve outras perdas:
- <sub>2</sub> Aborto espontâneo ( $\leq 20$  semanas de gestação) → Quantas vezes? \_\_\_\_\_
  - <sub>2</sub> Interrupção da gestação → Quantas vezes? \_\_\_\_\_
  - <sub>2</sub> Interrupção médica da gestação → Quantas vezes? \_\_\_\_\_
  - <sub>2</sub> Morte no útero ( $\geq 20$  semanas de gestação) → Quantas vezes? \_\_\_\_\_
  - <sub>2</sub> Morte neonatal (após o parto) → Quantas vezes? \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B – Características sociodemográficas e reprodutivas (versão francês)**

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

(S.V.P. Une seule réponse par numéro)

**B. CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES**

8. a. Quel âge avez-vous? \_\_\_\_\_ ans

9. b. Quel âge a votre conjoint(e)? \_\_\_\_\_ ans

10. Êtes-vous né au Canada?

Non

Oui

Si non, quel est votre pays d'origine? \_\_\_\_\_

Si vous êtes membre d'un groupe ethnique, lequel ? \_\_\_\_\_

11. À quelle religion vous identifiez-vous? (Veuillez cocher une seule réponse.)

1 Aucune

5 Protestantisme

9 Bouddhisme

2 Athéisme

6 Hindouisme

10 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

3 Agnosticisme

7 Judaïsme

4 Christianisme

8 Islam

12. Pratiquez-vous cette religion?

1 Non

2 Oui

88 Ne s'applique pas

13. Quel est le certificat ou le diplôme le plus élevé que vous ayez obtenu?

- <sub>1</sub> Diplôme d'études secondaires      <sub>6</sub> Diplôme d'études supérieures spécialisées  
<sub>2</sub> Diplôme d'études professionnelles      <sub>7</sub> Maîtrise  
<sub>3</sub> Diplôme d'études collégiales      <sub>8</sub> Doctorat  
<sub>4</sub> Certificat universitaire      <sub>9</sub> Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
<sub>5</sub> Baccalauréat

14. Quel est votre statut d'emploi?

- <sub>1</sub> Temps complet      <sub>4</sub> Bénévole  
<sub>2</sub> Temps partiel régulier      <sub>5</sub> Étudiant  
<sub>3</sub> Temps partiel occasionnel      <sub>6</sub> Autre, précisez : \_\_\_\_\_

8. Quel est votre revenu familial avant impôts ?

- <sub>1</sub> 0 à 24 999\$      <sub>4</sub> 75 000 à 99 999\$  
<sub>2</sub> 25 000 à 49 999\$      <sub>5</sub> 100 000 à 125 000\$  
<sub>3</sub> 50 000 à 74 999\$      <sub>6</sub> 125 000\$ et plus

9. Date de la fausse couche : 20\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ (A/M/J)

10. Est-ce que la grossesse a été suivie par

- <sub>1</sub> Médecin de famille  
<sub>2</sub> Obstétricien-gynécologue  
<sub>3</sub> Sage-femme

11. Nombre de semaines de grossesse lors de la fausse-couche? \_\_\_\_\_ semaines

12. Quel âge aviez-vous ? \_\_\_\_\_ ans

13. Quel âge avait votre partenaire lors de l'événement ? \_\_\_\_\_ ans

14. Au moment de la fausse couche, quel type de relation aviez-vous avec votre partenaire ?

- <sub>1</sub> Mariés      <sub>3</sub> Autre, précisez : \_\_\_\_\_  
<sub>2</sub> Conjoint de fait



### APÊNDICE C – Escala de luto perinatal na versão português

Instruções: Leia cada afirmação e circule o número que indica como você se sente neste momento em relação à perda do bebê.

Não há respostas certas ou erradas.

		<b>Discordo totalmente</b>	<b>Discordo parcialmente</b>	<b>Não concordo nem discordo</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>
1	Sinto-me depressiva	1	2	3	4	5
2	Sinto um vazio dentro de mim	1	2	3	4	5
3	Sinto necessidade de falar sobre o bebê	1	2	3	4	5
4	Estou de luto pelo bebê	1	2	3	4	5
5	Estou assustada	1	2	3	4	5
6	Sinto muita falta do bebê	1	2	3	4	5
7	É doloroso relembrar memórias da perda	1	2	3	4	5
8	Fico incomodada quando penso no bebê	1	2	3	4	5
9	Choro quando penso no bebê que perdi	1	2	3	4	5
10	O tempo passa muito devagar desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
11	Sinto-me muito só desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
12	Acho difícil me relacionar com certas pessoas	1	2	3	4	5
13	Não consigo dar conta das minhas atividades habituais	1	2	3	4	5
14	Tenho pensado em suicídio desde a perda	1	2	3	4	5
15	Sinto que me adaptei bem à perda	1	2	3	4	5
16	Já decepcionei outras pessoas desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
17	Irrito-me com amigos e parentes mais do que devia	1	2	3	4	5
18	Às vezes sinto que preciso de aconselhamento profissional para me ajudar a retornar à minha vida normal	1	2	3	4	5

19	Parece que somente existo e não estou viva de verdade desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
20	Sinto-me um tanto afastada e distante, mesmo entre amigos	1	2	3	4	5
21	Tem sido difícil tomar decisões desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
22	É ótimo estar viva	1	2	3	4	5
23	Tomo remédios para os nervos	1	2	3	4	5
24	Sinto-me culpada quando penso no bebê	1	2	3	4	5
25	Sinto-me fisicamente doente quando penso no bebê	1	2	3	4	5
26	Sinto-me desprotegida num mundo perigoso desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
27	Tento rir, mas não acho graça de mais nada	1	2	3	4	5
28	A melhor parte de mim morreu junto com o bebê	1	2	3	4	5
29	Culpo-me pela morte do bebê	1	2	3	4	5
30	Sinto-me sem valor desde que o bebê morreu	1	2	3	4	5
31	É mais seguro não amar	1	2	3	4	5
32	Preocupo-me sobre como será o meu futuro	1	2	3	4	5
33	Ser uma mãe enlutada significa ser uma “cidadã de segunda classe”	1	2	3	4	5



## APÊNDICE D – Escala de luto perinatal na versão francês

**Directives:** Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre état depuis la perte du bébé. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

		<b>En désaccord</b>	<b>Plutôt en désaccord</b>	<b>Indécis</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>D'accord</b>
1	Je me sens déprimée	1	2	3	4	5
2	Je me sens vide à l'intérieur	1	2	3	4	5
3	Je sens un besoin de parler du bébé	1	2	3	4	5
4	Je suis affligée au sujet du bébé	1	2	3	4	5
5	J'ai très peur	1	2	3	4	5
6	Le bébé que je n'ai pas eu me manque beaucoup	1	2	3	4	5
7	Il m'est douloureux de me rappeler ma perte	1	2	3	4	5
8	Je suis bouleversée quand je pense au bébé	1	2	3	4	5
9	Je pleure quand je pense au bébé	1	2	3	4	5
10	Le temps passe trop lentement depuis que le bébé est décédé	1	2	3	4	5
11	Je me sens si seule depuis que le bébé est décédé	1	2	3	4	5
12	J'ai du mal à m'entendre avec certaines personnes	1	2	3	4	5
13	Je n'arrive pas à poursuivre mes activités habituelles	1	2	3	4	5
14	J'ai pensé à me suicider depuis la perte du bébé	1	2	3	4	5
15	Je sens que je me suis bien adaptée à la perte	1	2	3	4	5
16	J'ai laissé tomber des gens depuis que le bébé décède	1	2	3	4	5
17	Je me fâche contre mes ami(e)s et ma famille plus souvent que je ne devrais	1	2	3	4	5
18	Parfois je ressens un besoin d'avoir un soutien psychologique pour reprendre ma vie en main	1	2	3	4	5
19	J'ai l'impression que je suis juste en train d'exister, mais que je ne vis pas vraiment depuis que le bébé décède	1	2	3	4	5
20	Je me sens à l'écart et en retrait même en compagnie de mes ami(e)s	1	2	3	4	5
21	Je trouve difficile de prendre des décisions depuis que le bébé décède	1	2	3	4	5
22	La vie vaut la peine d'être vécue	1	2	3	4	5

23	Je prends des médicaments pour mes nerfs	1	2	3	4	5
24	Je me sens coupable quand je pense au bébé	1	2	3	4	5
25	Je me sens physiquement malade quand je pense au bébé	1	2	3	4	5
26	Je me sens non protégé(e) dans un monde dangereux depuis le bébé décédé	1	2	3	4	5
27	J'essaie de rire, mais rien ne me semble drôle	1	2	3	4	5
28	La meilleure partie de moi-même est morte depuis le bébé décédé	1	2	3	4	5
29	Je m'en veux pour le décès du bébé	1	2	3	4	5
30	Je me sens sans valeur depuis le bébé décédé	1	2	3	4	5
31	Mieux vaut ne pas aimer ni s'attacher aux autres	1	2	3	4	5
32	Je me fais du souci à propos de mon avenir	1	2	3	4	5
33	Être en deuil donne l'impression d'avoir moins de valeur pour la société	1	2	3	4	5

## APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convido você a participar da pesquisa “Quando os filhos morrem antes de nascer: uma análise do óbito fetal na perspectiva da atenção pré-natal e puerperal” que tem como objetivos analisar a realização dos atendimentos pré-natal e pós-parto das mulheres que perderam uma gravidez e compreender este momento da mulher.

Seus dados serão confidenciais e serão utilizados apenas para fins científicos. Este TCLE será entregue em duas vias, sendo que uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Os benefícios desta pesquisa para você são poder se expressar acerca dos sentimentos em relação à perda da gravidez.

Os riscos da sua participação envolve possível desconforto emocional pela lembrança do fato ocorrido e desconforto físico pelas várias perguntas.

Você pode desistir ou recusar de participar da pesquisa a qualquer momento. Caso tenha necessidade de maiores informações poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá, situado na Avenida Colombo n. 5790, Campus Universitário, Bloco 35, telefone: 3011-4444, ou por meio do meu contato na Avenida Colombo n. 5790, Campus Universitário, Bloco 111, telefone: 3011-4560.

Caso tenha necessidade de atendimento pela aplicação da pesquisa, você será encaminhada ao Hospital de Municipal de Maringá.

Eu, .....  
 declaro estar ciente do exposto e aceito a participar da pesquisa.

Declaro estar ciente do exposto e autorizo .....  
 participar da pesquisa (no caso de responsável de menor).

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, Gisele Ferreira Paris, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Maringá, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

**ANEXOS**

## ANEXO A – Versão original em inglês da Escala de Luto Perinatal

**Table AI.** Perinatal Grief Scale (33-Item Version)<sup>a</sup>


---

Subscale I: Active Grief	
1.	I feel depressed
2.	I feel empty inside
3.	I feel a need to talk about the baby
4.	I am grieving for the baby
5.	I am frightened
6.	I very much miss the baby
7.	It is painful to recall memories of the loss
8.	I get upset when I think about the baby
9.	I cry when I think about him/her
10.	Time passes so slowly since the baby died
11.	I feel so lonely since he/she died
Subscale II: Difficulty Coping	
1.	I find it hard to get along with certain people
2.	I can't keep up with my usual activities
3.	I have considered suicide since the loss
4.	I feel I have adjusted well to the loss <sup>b</sup>
5.	I have let people down since the baby died
6.	I get cross at my friends & relatives more than I should
7.	Sometimes I feel like I need a professional counselor to help me get my life together again
8.	I feel as though I am just existing and not really living since he/she died
9.	I feel somewhat apart and remote even among friends
10.	I find it difficult to make decisions since the baby died
11.	It feels great to be alive <sup>b</sup>
Subscale III: Despair	
1.	I take medicine for my nerves
2.	I feel guilty when I think about the baby
3.	I feel physically ill when I think about the baby
4.	I feel unprotected in a dangerous world since he/she died
5.	I try to laugh but nothing seems funny anymore
6.	The best part of me died with the baby
7.	I blame myself for the baby's death
8.	I feel worthless since he/she died
9.	It is safer not to love
10.	I worry about what my future will be
11.	Being a bereaved parent means being a second-class citizen

---

<sup>a</sup>The items are not in the order in which they have been used.

<sup>b</sup>Items should be reversed before analysis.

Fonte: Potvin, Lasker e Toedter (1989).

**ANEXO B – Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (versão português)**

**Instruções:** Marque a resposta que melhor reflete como você tem se sentido nos últimos sete dias. Não há respostas certas ou erradas.

**1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas**

- 0 Como eu sempre fiz
- 1 Não tanto quanto antes
- 2 Sem dúvida, menos que antes
- 3 De jeito nenhum

**2. Eu tenho pensado no futuro com alegria**

- 0 Sim, como de costume
- 1 Um pouco menos que de costume
- 2 Muito menos que de costume
- 3 Praticamente não

**3. Eu tenho me culpado sem razão quando as coisas dão errado**

- 0 Não, de jeito nenhum
- 1 Raramente
- 2 Sim, às vezes
- 3 Sim, muito frequentemente

**4. Eu tenho ficado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão**

- 3 Sim, muito seguido
- 2 Sim, às vezes
- 1 De vez em quando
- 0 Não, de jeito nenhum

**5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo**

- 3 Sim, muito seguido
- 2 Sim, às vezes
- 1 Raramente
- 0 Não, de jeito nenhum

**6. Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia**

- 3 Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
- 2 Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
- 1 Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
- 0 Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

**7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir**

- 3 Sim, na maioria das vezes
- 2 Sim, algumas vezes
- 1 Raramente
- 0 Não, nenhuma vez

**8. Eu tenho me sentido triste ou muito mal**

- 3 Sim, na maioria das vezes
- 2 Sim, muitas vezes
- 1 Raramente
- 0 Não, de jeito nenhum

**9. Eu tenho me sentido tão triste que tenho chorado**

- 3 Sim, a maior parte do tempo
- 2 Sim, muitas vezes
- 1 Só de vez em quando
- 0 Não, nunca

**10. Eu tenho pensado em fazer alguma coisa contra mim mesma**

- 0 Sim, muitas vezes
- 1 Às vezes
- 2 Raramente
- 3 Nunca

**ANEXO C – Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (versão francês)**

Directives: Cochez la réponse qui correspond le plus précisément à vos sentiments depuis les *sept derniers jours*. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.
  - <sub>0</sub> Autant que d'habitude
  - <sub>1</sub> Plutôt moins que d'habitude
  - <sub>2</sub> Vraiment moins que d'habitude
  - <sub>3</sub> Pratiquement pas
  
2. Je me suis senti(e) confiant et joyeux en pensant à l'avenir.
  - <sub>0</sub> Autant que d'habitude
  - <sub>1</sub> Plutôt moins que d'habitude
  - <sub>2</sub> Vraiment moins que d'habitude
  - <sub>3</sub> Pratiquement pas
  
3. Je me suis reproché(e), sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal.
  - <sub>0</sub> Non, pas du tout
  - <sub>1</sub> Presque jamais
  - <sub>2</sub> Oui, parfois
  - <sub>3</sub> Oui, très souvent
  
4. Je me suis senti(e) inquiet(e) ou soucieux sans motifs.
  - <sub>0</sub> Non, pas du tout
  - <sub>1</sub> Presque jamais
  - <sub>2</sub> Oui, parfois
  - <sub>3</sub> Oui, très souvent
  
5. Je me suis senti(e) effrayé(e) ou paniqué(e) sans vraiment de raisons.
  - <sub>0</sub> Non, pas du tout
  - <sub>1</sub> Presque jamais
  - <sub>2</sub> Oui, parfois
  - <sub>3</sub> Oui, très souvent
  
6. Je me suis senti(e) dépassé(e) par les événements.
  - Non, je me suis senti(e) aussi efficace que d'habitude
  - <sub>1</sub> Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations



<sub>2</sub>Oui, parfois, je ne me suis pas senti(e) aussi capable de faire face que d'habitude

<sub>3</sub>Oui, la plupart du temps, je me suis senti(e) incapable de faire face aux situations

7. Je me suis senti(e) si malheureux que j'ai eu des problèmes de sommeil

<sub>0</sub>Non, pas du tout

<sub>1</sub>Presque jamais

<sub>2</sub>Oui, parfois

<sub>3</sub>Oui, très souvent

8. Je me suis senti(e) triste ou peu heureux

<sub>0</sub>Non, pas du tout

<sub>1</sub>Presque jamais

<sub>2</sub>Oui, parfois

<sub>3</sub>Oui, très souvent

9. Je me suis senti(e) si malheureux que j'en ai pleuré

<sub>0</sub>Non, pas du tout

<sub>1</sub>Presque jamais

<sub>2</sub>Oui, parfois

<sub>3</sub>Oui, très souvent

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal

<sub>3</sub>Oui, très souvent

<sub>2</sub>Parfois

<sub>1</sub>Presque jamais

<sub>0</sub>Jamais

### ANEXO D – Escala de ansiedade (versão português)

Instruções: A seguir, está a lista de uma série de declarações que as pessoas usam para se descreverem. Leia cada afirmação e circule o número que indica como você se sente agora, neste momento. Não há respostas certas ou erradas, dê a resposta que você acha que melhor descreve os sentimentos que você está experimentando atualmente.

	Nenhum pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Eu me sinto calma.	1	2	3	4
2. Sinto-me segura.	1	2	3	4
3. Estou tensa.	1	2	3	4
4. Estou triste.	1	2	3	4
5. Eu me sinto tranquila.	1	2	3	4
6. Eu me sinto traumatizada.	1	2	3	4
7. Estou preocupada atualmente com possíveis dificuldades.	1	2	3	4
8. Eu me sinto descansada.	1	2	3	4
9. Eu me sinto ansiosa.	1	2	3	4
10. Eu me sinto confortável.	1	2	3	4
11. Eu me sinto segura de mim.	1	2	3	4
12. Eu me sinto nervosa.	1	2	3	4
13. Entrei em pânico.	1	2	3	4
14. Eu me sinto prestes a estourar.	1	2	3	4
15. Eu estou relaxada.	1	2	3	4
16. Eu estou feliz.	1	2	3	4
17. Eu estou preocupada.	1	2	3	4
18. Eu me sinto muito impaciente e agitada.	1	2	3	4
19. Eu me sinto feliz.	1	2	3	4
20. Eu me sinto bem.	1	2	3	4

### ANEXO E – Escala de ansiedade (versão francês)

Directives: Voici un certain nombre d'énoncés que les gens ont l'habitude d'utiliser pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis encerclez le chiffre approprié à droite de l'exposé pour indiquer comment vous vous sentez présentement, c'est-à-dire à **ce moment précis**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop sur chaque énoncé, mais donner la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **en ce moment**.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup
1. Je me sens calme.	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité.	1	2	3	4
3. Je suis tendu (e).	1	2	3	4
4. Je suis triste.	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille.	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversé (e).	1	2	3	4
7. Je suis préoccupé (e) actuellement par des contrariétés possibles.	1	2	3	4
8. Je me sens reposé (e).	1	2	3	4
9. Je me sens anxieux (se)	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise.	1	2	3	4
11. Je me sens sûr(e) de moi.	1	2	3	4
12. Je me sens nerveux (se).	1	2	3	4
13. Je suis affolé (e).	1	2	3	4
14. Je me sens sur le point d'éclater.	1	2	3	4
15. Je suis détendu (e).	1	2	3	4
16. Je suis heureux (se).	1	2	3	4
17. Je suis préoccupé.	1	2	3	4
18. Je me sens surexcité(e) et	1	2	3	4
19. Je me sens joyeux (se).	1	2	3	4
20. Je me sens bien.	1	2	3	4

### ANEXO F – Escala de satisfação conjugal (versão português)

Instruções: Este questionário está interessado na sua percepção de vida como um casal. Portanto, esta é a sua opinião. Não fique preocupada se pode ou não satisfazer o seu parceiro. Para cada questão, indique a sua resposta, circulando o número apropriado. Certifique-se de responder a todas as perguntas.

	<b>Sempre</b>	<b>Maior parte do tempo</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Ocasionalmente</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>
1- Você já pensou em divórcio, separação, ou terminar o seu relacionamento?	5	4	3	2	1	0
2- Em geral, você pode dizer que as coisas estão indo bem entre você e seu parceiro?	5	4	3	2	1	0
3- Você coloca confiança em seu parceiro?	5	4	3	2	1	0

As caixas a seguir representam diferentes graus de felicidade no seu relacionamento. A caixa central "feliz" é o grau de felicidade encontrada na maioria dos relacionamentos. Circule o número que melhor descreve o grau de felicidade do casal.

	<b>Extremamente feliz</b>	<b>Muito feliz</b>	<b>Feliz</b>	<b>Um pouco triste</b>	<b>Muito triste</b>	<b>Extremamente triste</b>
Qual é o seu nível geral de felicidade no relacionamento?	5	4	3	2	1	0

### ANEXO G – Escala de satisfação conjugal (versão francês)

**Directives:** Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre vie de couple. Il s'agit donc de votre opinion personnelle. Ne soyez pas préoccupé de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire. Pour chaque question, indiquez votre réponse en encerclant le chiffre approprié. Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

	Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	À l'occasion	Rarement	Jamais
1- Est-ce qu'il vous arrive souvent ou est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle?	5	4	3	2	1	0
2- De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire?	5	4	3	2	1	0
3- Vous confiez-vous à votre partenaire?	5	4	3	2	1	0

Les cases sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale "heureux" correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Encercler le chiffre qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.

4.	Extrêmement heureux	Très heureux	Heureux	Un peu malheureux	Passablement malheureux	Extrêmement malheureux
Quel est globalement votre degré de bonheur dans votre relation?	5	4	3	2	1	0

**ANEXO H – Autorização da autora principal da escala de luto perinatal**

Em sábado, 15 de novembro de 2014 12:30, Judith Lasker <jnl0@lehigh.edu> escreveu:

Dear Ms. Paris,

My apologies for taking so long to respond. You can of course use the scale, it is not copyrighted so that it will be available to everyone who wants to use it.

With regard to collaboration, I greatly appreciate your considering that. I have not worked in this area for quite a while, so I do not expect to do further research, but I'd be glad to respond to any questions (and hopefully more quickly than I did this time!)

best wishes with your research and studies,

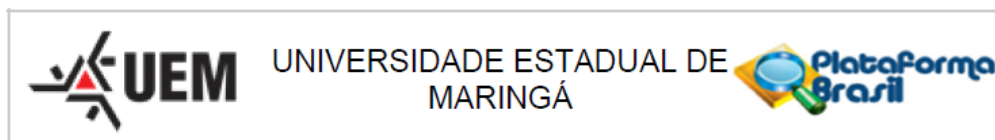
Judith Lasker

Judith Lasker

Department of Sociology and Anthropology, Lehigh University

681 Taylor Street, Bethlehem, PA18015

610-758-3811, Fax 610-758-6552

**ANEXO I – Autorização do Comitê de ética****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Quando os filhos morrem antes de nascer: uma análise do óbito fetal na perspectiva da atenção pré natal e puerperal

**Pesquisador:** SANDRA MARISA PELLOSO

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 20291013.3.0000.0104

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Maringá

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 407.840

**Data da Relatoria:** 16/09/2013

**Recomendações:****Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 26 de Setembro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
**(Coordenador)**