



# saúde e qualidade de vida: uma meta a atingir

**Escola Superior de Enfermagem do Porto**

UNIESEP | Núcleo de investigação em Saúde e Qualidade de Vida

Porto | 2011

# GRAVIDEZ SUBSEQUENTE A UMA INTERRUÇÃO MÉDICA

## ESPECIFICIDADES DE GÉNERO NA RELAÇÃO ENTRE LUTO PERINATAL, PSICOSSINTOMATOLOGIA E QUALIDADE DE VIDA

Nazaré, B.\*  
Fonseca, A.\*  
Canavarro, M. C.\*

---

\* Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE; Psicólogas; e-mail: abarbaravn@gmail.com

## RESUMO

Uma gravidez subsequente a uma perda gestacional é influenciada pela experiência prévia, resultando em sintomas ansiosos e depressivos mais intensos, em comparação com os casais sem história de perda. Embora a nova gravidez possa contribuir para a diminuição das manifestações de luto pela perda anterior, este processo não termina com a ocorrência de uma gestação subsequente, podendo comprometer a adaptação dos casais. Neste contexto, as mulheres tendem a manifestar sintomas mais intensos, presumivelmente devido à maior ligação que tinham estabelecido com o bebê que perderam.

No presente trabalho, o objectivo consistiu em estudar a associação entre luto perinatal, psicossintomatologia (depressão e ansiedade) e qualidade de vida (geral e nos domínios físico, psicológico e relações sociais) durante uma gravidez subsequente a uma interrupção médica, considerando separadamente a vivência de homens e mulheres. A amostra foi composta por 36 participantes (19 mulheres e 17 homens), avaliados aproximadamente à 19 semanas de gestação.

Embora se tenham verificado associações significativas entre luto perinatal e qualidade de vida para ambos os géneros, foram identificadas especificidades relevantes. A associação entre luto perinatal e psicossintomatologia só se revelou significativa para as mulheres. Estes dados sustentam a importância da intervenção psicológica ao longo de uma gravidez após uma perda, de forma a promover a adaptação do casal e, simultaneamente, o bem-estar do bebé. É também clinicamente relevante atender às diferenças de género identificadas nesta vivência.

**Palavras-chave:** perda gestacional; gravidez; luto perinatal; diferenças de género.

## ABSTRACT

A gestation subsequent to a pregnancy loss is influenced by the previous experience, which results in more intense anxious and depressive symptoms, in comparison to couples who have not experienced a pregnancy loss. Although the new pregnancy may lead to a decrease in perinatal grief, this process does not end with the occurrence of a subsequent pregnancy, and may harm couples' adjustment to it. Women tend to show more intense grief symptoms, presumably due to the closer attachment they had with the lost baby.

The goal of the present study was to study the association between perinatal grief, psychosymptomatology (anxiety and depression) and quality of life (general, and in the physical, psychological, and social relationships domains) during a gestation subsequent to a termination of pregnancy due to fetal anomaly, considering men and women separately. The sample comprised 36 participants (19 women and 17 men), assessed approximately at 19 weeks gestation.

Although there were significant associations between perinatal grief and quality of life for both for men and women, important gender differences were found. The association between perinatal grief and psychosymptomatology was only significant to women. The data illustrate the importance of psychological intervention throughout a pregnancy subsequent to a perinatal loss, in order to foster maternal and paternal adaptation, as well as the baby's well-being. Also, it is clinically relevant to attend to gender differences in this experience.

**Keywords:** pregnancy loss; pregnancy; perinatal grief; gender differences.

## INTRODUÇÃO

As perdas gestacionais incluem diferentes eventos negativos que podem ocorrer durante uma gravidez, como são os casos do aborto espontâneo, do diagnóstico de anomalia fetal ou da interrupção médica da gravidez (1).

As respostas de luto na sequência deste tipo de perdas caracterizam-se por tristeza, choque, isolamento e ansiedade, sinais considerados normativos face às circunstâncias (2). Estas manifestações são idiossincráticas, sendo a sua duração bastante variável (3). A existência de diferenças de género na forma de lidar com a perda é denominada luto incongruente (4). Mais especificamente, as mulheres tendem a manifestar sinais de luto mais intensos e por períodos mais prolongados, o que se atribui à sua maior ligação ao bebé e ao facto de experienciarem fisicamente a perda, enquanto os homens podem tentar não demonstrar sinais externos de sofrimento por considerarem necessário serem fontes de apoio para as companheiras (5).

Apesar de a ocorrência de uma nova gravidez exercer um efeito positivo na sintomatologia associada ao luto (6), não deixa de ser negativamente influenciada pela experiência prévia de perda. Assim, os níveis de ansiedade são particularmente acentuados, pois os casais colocam a possibilidade de a perda se repetir, o que gera receios acerca do bem-estar do bebé (7). Também a sintomatologia depressiva é mais intensa, em comparação com os casais sem história de perda, sobretudo para o género feminino (8). Para além disso, o facto de, para a maioria dos casais, uma nova gravidez acontecer poucos meses após a perda explica que as manifestações de luto ainda sejam intensas aquando da ocorrência da gestação seguinte (9). O contexto de uma interrupção médica da gravidez assume particular relevância, considerando que, neste caso, o tempo decorrido entre a perda e a gestação subsequente tende a ser significativamente inferior (10).

Embora as especificidades de género na vivência de uma perda gestacional estejam identificadas, não foram ainda, que tenhamos conhecimento, exploradas no âmbito da relação entre a experiência de luto e a adaptação a uma gravidez posterior, constituindo o objectivo deste estudo.

## METODOLOGIA

### *Participantes*

Foram recrutados para o presente estudo 36 participantes, incluindo 17 homens e 19 mulheres (a recolha de amostra está em curso). Todos os participantes eram casados, à excepção de uma, que indicou ser divorciada. A idade média das mulheres foi de 34.26 (DP = 5.49) e a dos homens de 34.76 (DP = 5.73). As mulheres estudaram, em média, 11.84 anos (DP = 4.49) e os homens 11.25 (DP = 4.19). Não se verificaram diferenças de género relativamente a estas duas variáveis. Quanto à situação profissional, todos os homens se encontravam empregados, por oposição a apenas 84.2% das mulheres (duas estavam desempregadas e outra era doméstica). Os participantes foram avaliados às 18.90 semanas de gestação (DP = 5.10).

### *Instrumentos*

*Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.* Avalia os principais dados sociodemográficos (idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) e clínicos (história obstétrica, dados sobre a perda e sobre a gravidez actual).

*Perinatal Grief Scale* (11, 12). Questionário com 33 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Concordo totalmente* a *Discordo totalmente*). Pretende avaliar os pensamentos e sentimentos actuais da pessoa face a uma perda gestacional, incluindo três factores: *Luto Activo* (diz respeito a sinais normativos de luto, incluindo choro, tristeza e saudades do bebé), *Dificuldades de Coping* (engloba dificuldades no desempenho de actividades e no relacionamento com os outros) e *Desespero* (refere-se a sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal). A consistência interna dos factores oscilou entre .85 e .92 para as mulheres e .82 e .91 para os homens. Pontuações mais elevadas reflectem maior intensidade do luto.

*Brief Symptom Inventory 18* (13). Questionário com 18 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, variando entre *Nada* e *Extremamente*. É apresentado um conjunto de sintomas relacionados com *Depressão* (tristeza, desvalorização pessoal, anedonia), *Ansiedade* (nervosismo, agitação, tensão) e *Somatização* (desmaios, dores no peito, dificuldade em respirar), indicando a pessoa até que ponto se sentiu perturbada pelos mesmos nos sete dias precedentes. O alfa de Cronbach dos factores variou, nas mulheres, entre .85 e .92, e nos homens entre .79 e .89. Pontuações superiores traduzem maior intensidade destas manifestações psicossintomatológicas. No presente estudo, apenas foram consideradas as dimensões *Depressão* e *Ansiedade*.

*World Health Organization Quality of Life Bref* (14, 15). Questionário com 26 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de cinco pontos. Para além da *Faceta Geral*, são também avaliados quatro domínios da qualidade de vida: *Físico*, *Psicológico*, *Relações Sociais* e *Ambiente* (não considerado no presente estudo). Apenas foram utilizadas os factores com uma consistência interna superior a .60 (o que levou à exclusão do domínio *Relações Sociais* dos homens). Pontuações superiores equivalem a uma percepção de qualidade de vida mais elevada.

### Procedimentos

Esta investigação enquadra-se no âmbito de um projecto longitudinal actualmente em curso, aprovado pela Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), EPE. Os participantes foram contactados pelos investigadores na Maternidade Dr. Daniel de Matos, HUC, EPE, aquando das suas consultas de Obstetrícia ou Diagnóstico Pré-Natal. Os objectivos do estudo foram apresentados e as pessoas disponíveis para colaborar assinaram um documento de consentimento informado. Foram distribuídas duas versões (feminina e masculina) dos questionários, tendo sido pedido aos casais que os preenchessem em casa e entregassem na consulta seguinte. Os critérios de inclusão para o presente estudo englobaram: a) gravidez actual; b) história de interrupção médica da gravidez; c) idade materna superior a 18 anos; d) capacidade para compreender os questionários do protocolo de avaliação; e) preenchimento de, no mínimo, 80% das perguntas dos questionários.

## ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados deste estudo foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Em termos de estatísticas descritivas, foram calculadas as médias e desvios-padrão relativamente a dados sociodemográficos e clínicos. Foram efectuadas correlações de Spearman para avaliar a associação entre luto perinatal, psicossintomatologia e qualidade de vida. O nível de significância considerado foi de .05.

*Associação entre luto perinatal e adaptação à gravidez no sexo feminino.* Verificaram-se diversas correlações entre luto e qualidade de vida. A dimensão *Luto Activo* associou-se à *Faceta Geral* ( $r_s = -.58, p < .05$ ) e ao domínio *Relações Sociais* ( $r_s = -.54, p < .05$ ). A dimensão *Dificuldades de Coping* relacionou-se com os domínios *Físico* ( $r_s = -.61, p < .05$ ) e *Psicológico* ( $r_s = -.56, p < .05$ ). Por fim, a dimensão *Desespero* associou-se aos domínios *Físico* ( $r_s = -.69, p < .01$ ), *Psicológico* ( $r_s = -.79, p < .01$ ) e *Relações Sociais* ( $r_s = -.70, p < .01$ ). Apenas esta dimensão de luto se associou à *Depressão* ( $r_s = .70, p < .01$ ) e à *Ansiedade* ( $r_s = .68, p < .05$ ).

*Associação entre luto perinatal e adaptação à gravidez no sexo masculino.* Relativamente à qualidade de vida, a única correlação significativa verificou-se entre a *Faceta Geral* e o *Luto Activo* ( $r_s = -.89, p < .01$ ). Não se verificaram associações significativas entre luto perinatal e psicossintomatologia.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em síntese, os sintomas de luto perinatal parecem relacionar-se com a adaptação a uma gravidez subsequente, especificamente com a psicossintomatologia e com a qualidade de vida, embora tal se verifique de forma diferenciada para cada género. Para as mulheres, a ligação entre sintomas de luto e adaptação é mais acentuada, traduzindo-se em mais sintomas depressivos e ansiosos e pior percepção de qualidade de vida, quando os sintomas de luto são mais intensos. Esta associação é particularmente notória no que se refere às dimensões de luto consideradas menos adaptativas. No caso dos homens, apenas as manifestações de luto normativas se associam à percepção geral da sua qualidade de vida, avaliada como inferior quando os sintomas presentes são mais intensos.

Estes resultados reflectem as conclusões de outros trabalhos, que identificam no género feminino maior intensidade e duração nos sintomas de luto. A vivência física da perda, bem como da nova gravidez, pode acentuar estas manifestações. Para além disso, as manifestações de luto das mulheres traduzem-se, frequentemente, em sintomas depressivos e ansiosos, enquanto os homens podem expressar o luto através de dificuldade em trabalhar, isolamento social, hostilidade, raiva e abuso de álcool (16).

## CONCLUSÕES

Atendendo às especificidades da vivência de uma gravidez após uma perda gestacional, é importante que os profissionais de saúde da área de Obstetria estejam especialmente atentos a estes casais. As diferenças de género identificadas apontam o sexo feminino como um alvo preferencial de intervenção. Sintomas maternos de depressão e ansiedade, embora possam ser considerados normativos neste contexto, podem não só afectar o estado de saúde da mulher, como também prejudicar o bebé. Dada a sua relação com o luto perinatal, torna-se relevante proporcionar a estas mulheres acompanhamento psicológico ao longo da gravidez, com o objectivo de promover a adaptação à nova gestação e, simultaneamente, auxiliar o processo de luto. Se possível, deve ser feita uma avaliação psicológica ainda antes da concepção, sensibilizando o casal para a importância que o estado emocional assume durante a vivência de uma gravidez.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) CANADA. Public Health Agency of Canada - *Family-centred maternity and newborn care: national guidelines*. Ottawa: Ed. Autor, 2000.
- (2) KAVANAUGH, Karen ; WHEELER, Sara Rich - When a baby dies: Caring for bereaved families. In: KENNER, Carol ; LOTT, Judy Wright, coord. *Comprehensive neonatal nursing: a physiologic perspective*. 3ª ed. Philadelphia: WB Saunders, 2003. p. 108-126.
- (3) FONSECA, Ana Dias da - *Contributo para o estudo do impacto das perdas perinatais na adaptação e no crescimento pós-traumático materno: determinantes individuais, interpessoais e a intervenção psicológica*. Coimbra: [s.n.], 2008. Tese de Mestrado Integrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- (4) CALLISTER, Lynn Clark - Perinatal loss: a family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. Vol. 20, nº 3 (2006), p. 227-234.
- (5) HEUSTIS, Jane ; Jenkins, Marcia - *Companioning at a time of perinatal loss: A guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins: Companion Press, 2005.
- (6) Cuisinier, M. e outros - Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Vol. 17, n.º 3 (1996), p. 168-174.
- (7) WHEELER, Sara Rich - A loss of innocence and a gain in vulnerability: subsequent pregnancy after a loss. *Illness, Crisis & Loss*. Vol. 8, n.º 3 (2000), p. 310-326.
- (8) FRANCHE, Renée-Louise ; MIKAIL, Samuel - The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science & Medicine*. Vol. 48 (1999), p. 1613-1623.
- (9) HUGHES, Patricia ; TURTON, Penny ; EVANS, Chris - Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *British Medical Journal*. Vol. 318 (1999), p. 1721-1724.
- (10) STATHAM, Helen - Prenatal diagnosis of fetal abnormality: the decision to terminate the pregnancy and the psychological consequences. *Fetal and Maternal Medicine Review*. Vol. 13, n.º 4 (2002), p. 213-247.
- (11) POTVIN, Louise ; LASKER, Judith ; TOEDTER, Lori - Measuring grief: a short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Vol. 11, n.º 1 (1989), p. 29-45.
- (12) ROCHA, José Carlos Ferreirinha Cardoso da - *Fatores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez*. Porto: [s.n.], 2004. Dissertação de Doutoramento, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- (13) DEROGATIS, Leonard - *BSI-18: administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: National Computer Systems, 2000.
- (14) WHOQOL Group - The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*. Vol. 46, n.º 12 (1998), p. 1569-1585.
- (15) CANAVARRO, Maria Cristina e outros - Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. In: SIMÕES, Mário e outros, coord. *Avaliação psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora, 2007. p. 77-100. vol. III.
- (16) FRANCHE, Renée-Louise ; BULOW, Cathy - The impact of a subsequent pregnancy on grief and emotional adjustment following a perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*. Vol. 20, n.º 2 (1999), p. 175-187.