

# Abordagem psicossocial às perdas gestacionais na Atenção Primária à Saúde

Psychosocial approach to pregnancy loss in primary health care

*Abordaje psicosocial de las pérdidas gestacionales en Atención Primaria de Salud*

Fatima Elisa D'Ippolito Alcocer<sup>1</sup> , Karoline Baruque Bignotto<sup>2</sup> , Guilherme de Sousa Barbosa<sup>3</sup> 

<sup>1</sup>Meiga & Charruf Serviços Médicos e Associados S/S – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein, Unidade Básica de Saúde Paraisópolis – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Hospital Israelita Albert Einstein, Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa – São Paulo (SP), Brasil.

## RESUMO

**Introdução:** Perdas gestacionais são eventos comuns na vida reprodutiva. Tendo em vista a dificuldade individual e profissional de lidar com o sofrimento mental que ocasionam, indaga-se sobre a escolha da técnica, a periodicidade e o modo de execução das abordagens que melhor se adequariam ao enfrentamento dessa situação. Sendo assim, esta revisão clínica tem como objetivo avaliar a literatura recente acerca do tema e buscar as melhores evidências científicas em relação à abordagem psicossocial a essas perdas. **Métodos:** Foram utilizadas palavras-chave determinadas pelo *Medical Subject Headings* (MeSH) para selecionar títulos de estudos nas bases de dados: PubMed, ACCESSSS, *British Medical Journal* (BMJ), DYNAMED, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os critérios de inclusão foram: ano de publicação entre 2010 e 2020; tipo de estudo (metanálise, revisão sistemática, ensaio clínico randomizado, ensaio clínico não randomizado, coorte ou caso controle); não abordar abortamento induzido; estar em inglês, português ou espanhol; ser passível de ser encontrado na íntegra. **Resultados:** Foram encontrados 28 artigos, que tiveram seus resumos avaliados; 14 foram excluídos e 14 lidos na íntegra. No fim, nove estudos foram incluídos nesta revisão. Foi possível observar que sintomas psicológicos são frequentemente apresentados após perdas gestacionais, que há diversas maneiras de acessar esses dados e que não há consenso sobre qual a melhor intervenção a ser feita. Além disso, em homens e casais homossexuais, há maior chance de invisibilidade do sofrimento e menor abordagem de luto por profissionais de saúde. **Conclusão:** Na falta de consenso sobre quais intervenções apresentam melhores resultados, recomenda-se o rastreamento de sofrimento mental e o compartilhamento da decisão com as partes envolvidas.

**Palavras-chaves:** Estresse psicológico; Abortamento; natimorto; Atenção primária à saúde.

### Autor correspondente:

Karoline Baruque Bignotto

E-mail: karolbignotto@gmail.com

### Fonte de financiamento:

não se aplica.

### Parecer CEP:

não se aplica

### Procedência:

não encomendado.

### Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 14/02/2021.

Aprovado em: 18/01/2022

**Como citar:** Alcocer FEDI, Bignotto KB, Barbosa GS. Abordagem psicossocial às perdas gestacionais na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2022;17(44):2927. [https://doi.org/10.5712/rbmfc17\(44\)2927](https://doi.org/10.5712/rbmfc17(44)2927).



## ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy losses are common events in reproductive life. In view of the individual and professional difficulty of dealing with the mental suffering that they cause, we question the choice of technique, the regularity and the way of carrying out approaches that would be better suited to cope with this situation. Therefore, this clinical review aimed to assess the recent literature and seek the best scientific evidence about the psychosocial approach to these losses. **Methods:** Keywords determined by MeSH were used to select study titles in the databases PUBMED, ACCESSSS, BMJ, DYNAMED, EBM and LILACS. The inclusion criteria were: year of publication between 2010-2020; study type (meta-analysis, systematic review, randomized clinical trial, non-randomized clinical trial and cohort or control case); induced abortion not addressed; written in English, Portuguese or Spanish; and found in full text. **Results:** Twenty-eight articles were found and their abstracts were evaluated, where 14 were excluded and 14 were read in full. In the end, 9 studies were included in this review. It was observed that psychological symptoms are frequently presented after pregnancy losses, that there are several ways to access these data and that there is no consensus on the best intervention. In addition, in men and homosexual couples, there is a greater chance of making suffering invisible and a lesser mourning approach by health professionals. **Conclusion:** In the absence of consensus on which interventions have the best results, it is recommended to screen for mental suffering and share the decision with the parties involved.

**Keywords:** Stress, psychological; Abortion; Stillbirth; Primary health care.

## RESUMEN

**Introducción:** Las pérdidas de embarazos son eventos comunes en la vida reproductiva. Ante la dificultad individual y profesional de afrontar el sufrimiento mental provocado, nos cuestionamos la técnica, la periodicidad y la forma de los mejores abordajes a afrontar esta situación. Por lo tanto, esta revisión clínica tiene como objetivo evaluar la literatura reciente y buscar la mejor evidencia científica sobre el abordaje psicossocial de estas pérdidas. **Métodos:** Se utilizaron palabras clave determinadas por MeSH para seleccionar los títulos de los estudios en las bases de datos: PUBMED, ACCESSSS, BMJ, DYNAMED, EBM, LILACS. Criterios de inclusión fueron: año de publicación entre 2010-2020; tipo de estudio (metaanálisis, revisión sistemática, ensayo clínico aleatorizado, ensayo clínico no aleatorizado, cohorte o caso de control); no abordar el aborto inducido; estar en inglés, portugués o español; posible encontrar en su totalidad. **Resultados:** Se encontraron 28 artículos, se evaluaron sus resúmenes, se excluyeron 14 y se leyeron 14 completamente. Al final, se incluyeron 9 estudios. Se pudo observar que los síntomas psicológicos se presentan con frecuencia después de las pérdidas del embarazo, que existen varias formas de acceder a estos datos y que no existe consenso sobre la mejor intervención. Además, en los hombres y las parejas homosexuales existe una mayor posibilidad de invisibilizar el sufrimiento y un menor enfoque de duelo por parte de los profesionales. **Conclusión:** En ausencia de consenso sobre qué intervenciones tienen los mejores resultados, se recomienda realizar un seguimiento del sufrimiento mental y compartir la decisión con las partes involucradas.

**Palabras clave:** Estrés psicológico; Aborto; mortinato; Atención primaria de salud.

## INTRODUÇÃO

Perdas gestacionais são eventos comuns na vida reprodutiva. Há estimativas de que 12% de todas as gestações venham a evoluir para abortamentos, e de que 25% das mulheres de até 39 anos que já estiveram gestantes já tenham sofrido pelo menos um tipo de perda gestacional ao longo da vida.<sup>1-3</sup>

Esses eventos podem ser classificados como precoces ou tardios, de acordo com o período gestacional em que ocorreram. Perda gestacional precoce é a presença de saco gestacional confirmadamente vazio ou com embrião no interior sem batimento cardíaco fetal até 12 semanas;<sup>1</sup> já abortamento é a expulsão prematura do feto ou do embrião do útero, com até 23 semanas de gestação e peso menor de 500 g.<sup>1</sup> Perdas após esse período, de feto com mais de 500 g ou de criança nascida sem vida, são consideradas óbito fetal ou natimorto.<sup>4-6</sup>

Desde o início do século XX, estudiosos já observavam o efeito das perdas gestacionais na saúde psicológica das mulheres e já desenhavam estudos para avaliá-lo. No entanto, as análises realizadas sempre focaram no luto e não valorizavam os efeitos em longo prazo.<sup>7</sup> A partir da década de 1990, com Neugebauer et al., Engelhard et al. e Cumming et al., (apud Farren et al.<sup>7</sup>) os estudos avaliavam melhor essas perspectivas na saúde física e psicológica tanto dos pais, individualmente, quanto dos casais que passavam por essa situação. Esses e outros estudos com as populações norte-americana e inglesa observaram taxas de 41% para ansiedade, 36% para depressão após um mês da perda e 39% para

transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) após três meses da perda.<sup>7</sup> Observa-se também uma taxa considerável de abuso de álcool e drogas ilícitas na população masculina.<sup>8</sup>

Com base nos dados referidos, indaga-se em que grupo de pessoas e qual a melhor forma e o melhor momento de se abordarem os efeitos psicológicos decorrentes dessas perdas. Segundo Rowlands et al.,<sup>9</sup> o pré-natal seria o momento oportuno, pois nele se abordariam as expectativas e os medos do casal, se esclareceriam dúvidas e se preparariam os pais para a gestação que se desenvolveria ou não, podendo-se assim rastrear e diminuir os níveis de estresse relacionados à perda.

Tendo isso em vista, a Estratégia Saúde da Família (ESF) torna possível a realização desse rastreio e acompanhamento, uma vez que sua proposta é de atenção integral às famílias, incluindo o atendimento pré e pós-natal/puerperal.

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão clínica da literatura recente sobre sofrimento psicológico desencadeado por perdas gestacionais, além de avaliar as evidências científicas para melhor acolher essa situação, na tentativa de reduzir os sintomas relacionados e melhorar a qualidade de vida da população afetada.

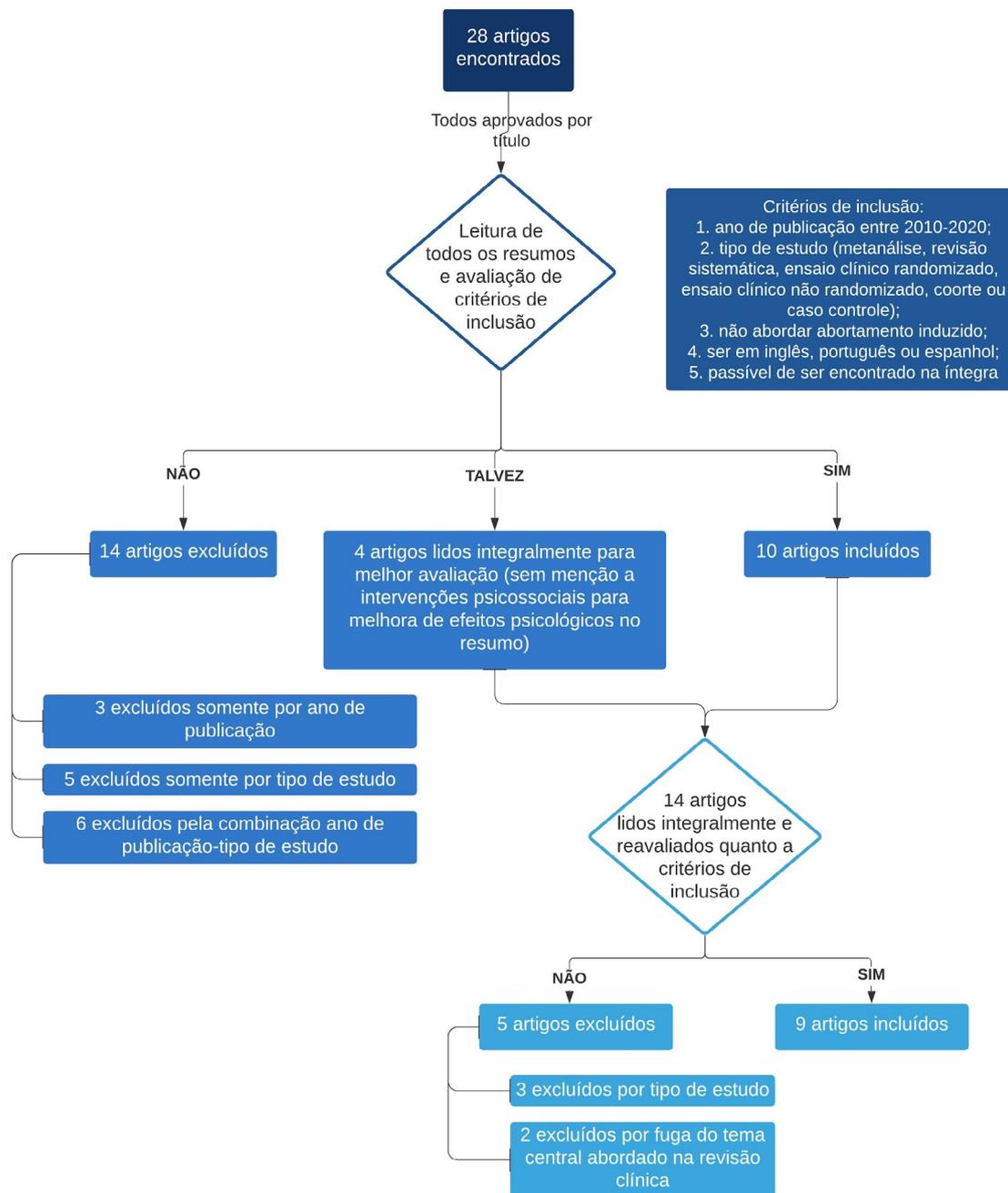
## MÉTODOS

Foram utilizadas as seguintes palavras-chave, selecionadas no banco de dados *Medical Subject Headings* (MeSH): “aborto espontâneo”, “*aborto espontáneo*”, “*spontaneous abortion*”, “*psychological stress*”, “*primary care*”, “*pregnancy loss*”. Tais palavras foram inseridas isoladamente ou de forma combinada nas seguintes bases de dados, durante o mês de agosto de 2020: PubMed, ACCESSSS, British Medical Journal (BMJ), DynaMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). O primeiro passo foi a aprovação por título, que deveria conter as palavras-chave citadas ou sinônimos, selecionando-se 28 artigos. Posteriormente, foram usados os seguintes critérios de inclusão: ano de publicação entre 2010 e 2020; tipo de estudo (metanálise, revisão sistemática, ensaio clínico randomizado, ensaio clínico não randomizado, coorte ou caso controle); não abordar abortamento induzido; estar em inglês, português ou espanhol; ser passível de ser encontrado na íntegra. Após a filtragem por esses critérios, entre setembro e dezembro de 2020, foram excluídos 14 artigos e 14 permaneceram. Estes foram lidos integralmente por FEDA e KBB em divisão igualitária e aleatória e tiveram seus desfechos sumarizados em uma tabela de fichamento, de acordo com a compreensão individual de cada autora. Vale ressaltar que, já nesse primeiro momento, os artigos de língua portuguesa e espanhola foram excluídos por não estarem de acordo com a faixa de tempo estabelecida e por se concentrarem prioritariamente no aspecto biomédico da perda gestacional, ignorando as subjetividades do cuidado dos indivíduos afetados por ela.

Ao fim da leitura integral, foi percebida uma fuga dos critérios de inclusão não descrita anteriormente nos resumos de cinco textos (por exemplo, não abordar sofrimento psíquico no artigo em si e não pertencer aos tipos de estudo selecionados), de modo que os artigos foram excluídos da análise de resultados e discussão. No caso de dúvida quanto à inclusão de um trabalho em relação aos critérios listados acima, o terceiro autor (GSB) também o analisou e manifestou seu parecer, sendo o artigo incluído ou não após o consenso triplo.

Finalmente, nove textos tiveram seus desfechos analisados pelas autoras, todos escritos na língua inglesa por serem de países colonizados por ingleses (Austrália, por exemplo) ou por serem patrocinados por instituições de países dessa língua (como o artigo de autores chineses, por exemplo).

A Figura 1 apresenta o processo de seleção dos artigos.



**Figura 1.** Determinação de artigos incluídos na revisão clínica.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os artigos incluídos nesta revisão clínica, é possível perceber uma repetição no padrão de temas abordados, de modo que se torna relevante o agrupamento desses assuntos para melhor discussão e para aprofundamento de suas análises, a fim de complementar a prática clínica especializada da Medicina de Família e Comunidade (MFC). São eles: o rastreamento do sofrimento psíquico; a deslegitimação do luto; a perda gestacional e os principais diagnósticos em saúde mental; as abordagens e intervenções psicossociais propostas; e as gestações subsequentes.

O resumo do fichamento produzido pelas autoras após a leitura dos nove artigos incluídos no estudo pode ser encontrado na Tabela 1.

## Rastreamento do sofrimento psíquico

Diversos estudos propõem estratégias para rastrear e dimensionar o sofrimento mental causado por perdas gestacionais.

Uma dessas estratégias foi o uso de escalas psicométricas: na revisão sistemática de Due et al.<sup>8</sup> foram usadas as escalas *Beck Depression Inventory* (BDI), *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI), *Perinatal Grief Scale* (PGS) e *Impact of Event Scale* (IES) para avaliar o impacto da perda gestacional no casal; Kong et al.<sup>10</sup> utilizaram-se das escalas *General Health Questionnaire* (GHQ-12) e *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) para acessar o nível de estresse psicológico das mulheres imediatamente após a perda gestacional; Rowlands et al.<sup>9</sup> aplicaram a escala *5 item Mental Health Subscale* (MHI-5) para acessar o ajustamento de mulheres australianas que autodeclararam perdas gestacionais anteriores.

Outra estratégia de acesso citada é a realizada por profissionais de saúde, e apenas a base BMJ 2020<sup>11</sup> é mais específica em direcionar qual profissional deve fazê-lo: profissional de MFC, de Ginecologia-Obstetrícia (GO) e/ou de Enfermagem. Estes devem se atentar para os seguintes fatores de risco: personalidade prévia da pessoa, nível de angústia imediatamente após a perda, contexto social (altos níveis de estressores externos e baixa escolaridade), homossexualidade, histórico de filhos vivos e histórico pessoal de morbidades psiquiátricas (principalmente ansiedade e depressão).<sup>9,11-13</sup>

Não há consenso sobre o prazo exato em que o rastreamento deve acontecer,<sup>1</sup> mas a maioria dos textos sugere uma avaliação em curto prazo (até 12 semanas após a perda).<sup>8,10,11</sup> Caso o rastreamento demonstre níveis elevados nas escalas ou a presença de fatores de risco, deve-se oferecer uma proposta de seguimento a fim de reduzir possíveis sequelas psicológicas ou o desenvolvimento de transtornos mentais mais graves.<sup>9-13</sup>

## Deslegitimação do luto

Deslegitimar é definido como o ato de negar que algo seja validado, justificado, reconhecido ou legalizado.<sup>14</sup> Tal situação é bastante corriqueira com a perda gestacional ou neonatal, visto que há dificuldades tanto dos profissionais de saúde quanto das pessoas que convivem com esses genitores de reconhecer o luto.<sup>15</sup>

O ato do não reconhecimento faz com que esses indivíduos tenham dificuldades de falar sobre o que estão sentindo e de solicitar ou conseguir apoio.<sup>8,11,15</sup> Due et al.<sup>8</sup> reconhecem que tal fenômeno é ainda mais intenso na população homossexual e masculina, o que influencia em como esses grupos se adaptam à perda, podendo gerar impactos negativos em diversos âmbitos da vida diária — como, por exemplo, no relacionamento do casal, no convívio com a família, no retorno ao trabalho (e conseqüentemente na produtividade) e na renda familiar.<sup>15</sup>

Uma forma de mudar esse desfecho é haver o reconhecimento da perda e a possibilidade de sofrimento, com inclusão da parceria nesse acolhimento, independentemente da conformação do casal, se homo ou heterossexual. Além disso, sugere-se que o profissional apoie esse casal e estimule o *insight*, o apoio social e o espiritual.<sup>9</sup>

Ademais, torna-se importante pontuar que, durante a discussão desse tópico, foram percebidas dificuldades de se encontrarem estudos que avaliassem a deslegitimação do luto em genitores solo,

**Tabela 1.** Resumo de fichamento dos artigos incluídos na revisão clínica.

Autores/ referência	Título	Periódico	Ano de publicação	Tipo de estudo	País de origem	Resumo
Murphy et al. <sup>1</sup>	Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage	Cochrane Database Syst Rev.	2012	Revisão sistemática	Reino Unido	Avalia o impacto de intervenções no bem-estar das mulheres que tiveram perdas gestacionais e compara o efeito dos padrões de intervenções existentes. O que variava era a frequência de sessões (nenhuma a três sessões), a modalidade do cuidado (cuidado combinado — enfermagem + autocuidado, cuidado por enfermagem, autocuidado), técnica do cuidado (reconhecida ou não estruturada), momento da intervenção após a perda gestacional (1 semana até 12 meses). Avalia que, pela variação do tempo das intervenções, não se sabe ao certo quanto demora para a remissão dos sintomas psicológicos e mostra que as evidências científicas levantadas são insuficientes para demonstrar a superioridade do aconselhamento x nenhuma intervenção pós-perda, sugerindo uma decisão compartilhada entre profissional e gestante.
DynaMed <sup>2</sup>	First trimester pregnancy loss	Ipswich (MA): EBSCO Information Services	1995	Base de dados	EUA	Revisa a perda gestacional de primeiro trimestre e sugere evitar nomes como “fracasso/falha” ao se referir à perda gestacional para evitar a confusão entre abortamento induzido e espontâneo, bem como os efeitos negativos que esses termos trazem (o que poderia levar a desfechos psicológicos negativos). Sugere que o aconselhamento seja benéfico. Recomenda como abordagem inicial a garantia de que a perda não tenha sido ocasionada pelas atividades de vida diária e a segurança de que um episódio de abortamento não afetará a fertilidade futura. Algumas mulheres podem necessitar de apoio psicológico adicional por apresentarem sequelas psicológicas. Tal complicação é comum e definida como sensação de perda e luto. Não possuir filhos ou histórico pessoal prévio de depressão são fatores de risco para o desenvolvimento da sequela. <sup>3</sup>
DynaMed <sup>4</sup>	Stillbirth	Ipswich (MA): EBSCO Information Services	1995	Base de dados	EUA	Faz uma revisão sobre natimortos, referindo-se ao feto morto intraútero ou ao parto de uma criança sem vida. Pode ser precoce (20–27 semanas) ou tardio (mais de 28 semanas). A interrupção da gestação por anomalia fetal fatal ou a rotura prematura das membranas ovulares (RPMO) não são consideradas como natimortalidade. Aconselhamento: reconhecimento de sequelas psicológicas decorrentes do natimorto/óbito fetal e promoção de suporte, acompanhamento e acesso a aconselhamento profissional formal, tanto para a gestante quanto para sua parceria (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists — RCOG <i>Grade A</i> ), sem estudos randomizados que tenham avaliado intervenções para suporte de famílias após morte perinatal. <sup>5</sup> Encaminhamentos: compartilhar o cuidado com equipe de aconselhamento de luto, líderes religiosos, grupos de suporte de pares e/ou profissionais de saúde mental para manejo de luto e depressão (American College of Obstetricians and Gynaecologists — ACOG <i>level C</i> ); avaliar a necessidade de encaminhamento para especialista de genética ou medicina materno-fetal para discussão de testagem cromossômica dos pais. Cuidado pós-parto: evitar persuadir os pais a ter contato com a criança natimorta (RCOG <i>Grade C</i> ), apoiar toda e qualquer decisão dos pais quanto a ver ou segurar a criança (RCOG <i>Grade C</i> ), antes da autópsia, deve ser dada a possibilidade de segurar a criança ou de realizar atividades culturais/religiosas; ver e segurar a criança natimorta pode estar associado a desfechos paternos positivos (DynaMed <i>level 2 - Birth 2015</i> — revisão sistemática que avaliou 23 estudos, 21 reportaram benefícios positivos, 5 sugeriram potencial malefício). Complicações: risco aumentado para depressão e TEPT; <sup>6</sup> perdas gestacionais múltiplas estão associadas com aumento de gravidade de sintomas de depressão e ansiedade nas gestações subsequentes e puerpério; mulheres que deram à luz 12 meses após a criança natimorta podem ter risco aumentado de depressão e ansiedade na gestação atual.

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Autores/ referência	Título	Periódico	Ano de publicação	Tipo de estudo	País de origem	Resumo
Due et al. <sup>8</sup>	The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review	BMC Pregnancy Childbirth	2017	Revisão sistemática	Austrália	Revisão sistemática com o objetivo de avaliar o impacto da perda gestacional no homem, da perspectiva do casal. Avalia textos quantitativos e qualitativos. Quantitativos — avaliação feita em média após oito semanas da perda por meio de escalas psicométricas como <i>Beck Depression Inventory</i> (BDI), <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI), <i>Perinatal Grief Scale</i> (PGS) e <i>Impact of Event Scale</i> (IES). Observou-se que os sintomas ansiosos e/ou depressivos tendem a durar menos tempo nos homens que nas mulheres e que sua forma de lidar com o luto assume caráter de maior evitação ou de distração com outras tarefas. Qualitativos — avaliação feita em média após seis semanas da perda, a maioria com abordagem fenomenológica, encontrando o processo de internalização/evitação e também deslegitimação do luto do homem por parte da sociedade.
Rowlands e Lee <sup>9</sup>	Adjustment after miscarriage: predicting positive mental health trajectories among young Australian women	Psychology Health and Medicine	2010	Coorte	Austrália	Estudo de coorte com mulheres jovens (18 a 23 anos) australianas, que responderam positivamente à pergunta sobre abortamentos prévios na pesquisa <i>The Australian Longitudinal Study on Women's Health</i> (ALSWH). Foi utilizada uma escala chamada <i>5 item Mental Health Subscale</i> (MHI-5) para avaliar o ajustamento dessa população. Recomenda oferta de suporte em relação à saúde mental de mulheres com histórico prévio de sofrimento mental ou com altos níveis de estresse para garantir sua qualidade de vida nos meses posteriores à perda e em uma futura gestação. Sugere o rastreio de estresse antenatal e, se resultado positivo, indica intervenção cognitivo-comportamental. Sugere qualificação do profissional de medicina de família e comunidade (MFC) em relação ao manejo de estresse, visto que o vínculo com esse profissional foi considerado fator protetor. Compara um aconselhamento psicológico estruturado x atendimento padrão após perdas gestacionais. A avaliação inicial inclui acessar fatores de risco para estresse psicológico por meio de escalas psicométricas como <i>General Health Questionnaire</i> (GHQ-12) e BDI e uma conversa de 1 hora com enfermeiras treinadas em aconselhamento de luto e identificação de transtornos psiquiátricos comuns (com o objetivo de discutir preocupações, sentimentos e sintomas físicos e descobrir possíveis fatores de estresse).
Kong et al. <sup>10</sup>	The impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage—a randomised controlled trial	BJOG	2014	Ensaio clínico randomizado	China	O segundo ponto de acesso ocorria 15 dias depois, por via telefônica, com duração de 30 minutos, reforçando essa mesma temática. O impacto era avaliado por meio do preenchimento das mesmas escalas psicométricas 1,5, 3 e 6 meses após a intervenção. O resultado foi uma redução no tempo de sofrimento, com maior impacto na população de mulheres com níveis de estresse psicológico iniciais mais altos (GHQ-12 $\geq$ 4 e BDI > 12). Revisa os principais tópicos sobre perdas gestacionais. Sugere que haja aconselhamento após todas as perdas. Tal aconselhamento pode ser feito por MFC, ginecologista ou profissional de enfermagem de forma a apoiar e estimular o <i>insight</i> , o apoio social e espiritual. Pode se utilizar de ferramentas de auxílio, como vídeos, manuais e sessões de aconselhamento (ex. protocolo <i>Sands-Stillbirth and Neonatal Death Charity</i> ), com enfoque no casal. Tal abordagem deve ocorrer em curto prazo (até um mês após a perda). Apesar dos transtornos psicológicos em longo prazo não serem incomuns, nem todas as mulheres ou casais precisarão de acompanhamento psicoterápico ou psiquiátrico. A severidade dos sintomas depende da personalidade prévia da pessoa, do nível de angústia imediatamente após a perda e do contexto social em que vive.
Muslim e Doraiswamy <sup>11</sup>	Miscarriage (Counseling and prognosis)	BMJ	2020	Base de dados	Reino Unido	Atenta para uma situação menos comum e menos estudada, que é a perda gestacional em mulher homossexual, e sugere que os profissionais de saúde devam reconhecer e ativamente incluir a parceria do mesmo sexo, tendo sensibilidade à alta probabilidade de essa gestação ter sido profundamente planejada. Aborda a síndrome do aniversário (sentimentos depressivos próximos à data do acontecimento da perda).

Continua...

**Tabela 1.** Continuação.

Autores/ referência	Título	Periódico	Ano de publicação	Tipo de estudo	País de origem	Resumo
DynaMed <sup>12</sup>	Recurrent pregnancy loss	Ipswich (MA): EBSCO Information Services	1995	Base de dados	EUA	Base de dados que revisa os principais tópicos em perdas gestacionais recorrentes. Cita como complicação a sequela psicológica e sugere apoio psicológico e aconselhamento por também ter impacto no sucesso das próximas gestações.
DynaMed <sup>13</sup>	Second trimester pregnancy loss	Ipswich (MA): EBSCO Information Services	1995	Base de dados	EUA	Base de dados que revisa sobre perda gestacional de segundo trimestre. Reconhece sequelas psicológicas após a perda gestacional e recomenda a promoção de suporte, acompanhamento e acesso a aconselhamento profissional se necessário (informações e suporte psicológico, assim como aconselhamento e grupos de apoio). Prognóstico: mortalidade materna geral de 0,7/100.000 abortamentos espontâneos, aumento de risco de abortamento/recorrência de perdas gestacionais acima de três episódios.

Continua...

independentemente de gênero. Futuros estudos poderão abordar tanto os indivíduos que não tinham conformação de casal desde o início quanto os que se desvincularam durante o período de gestação, analisando os impactos do luto isoladamente e na combinação de perda gestacional com separação conjugal.

## Perda gestacional e os principais diagnósticos em saúde mental

Os estudos mais recentes e as bases de dados trazem alguns sintomas de transtornos mentais específicos como algo esperado e comum. São elencados como os principais transtornos relacionados os depressivos, os ansiosos, os de adaptação, os de uso de álcool e outras substâncias e a síndrome do aniversário.<sup>1,4,8,9,11</sup>

É importante perceber que há uma diferenciação importante entre estratégias de ajustamento (apresentação de sintomas psicológicos) e os transtornos em si, tendo os últimos critérios específicos geralmente pautados no tempo dos sintomas e em seu impacto na funcionalidade.<sup>15</sup>

Esmiçar cada um desses critérios foge do escopo desta revisão, e optamos apenas por definir a síndrome do aniversário por ser algo mais específico dessa situação. Tal condição é descrita como o surgimento de sentimentos depressivos próximo à data do acontecimento (dias e semanas antes da data da perda).<sup>11</sup>

Como já abordado no subitem “Rastreamento do sofrimento psíquico”, escalas psicométricas ou de avaliação de fatores de risco podem auxiliar a determinar qual população estaria mais predisposta a se enquadrar nesses diagnósticos. Nessas populações, torna-se imperativo estruturar um plano de seguimento, que será melhor descrito no subitem abaixo.

### *Abordagens e intervenções psicossociais propostas*

Em oito dos nove textos lidos, é aconselhado algum tipo de abordagem, principalmente naquela mulher ou casal cujo nível de angústia ou estresse após a perda seja alto ou em que haja a presença de fatores de risco.<sup>9-13</sup> Falamos em abordagem/intervenção psicossocial pois, apesar de não haver consenso quanto ao formato das intervenções (técnicas, profissional executor, meio de aplicação e frequência de

acesso),<sup>1</sup> todas levam em conta aspectos psicológicos e o contexto social e cultural do indivíduo/casal. Abaixo, um breve resumo dos desfechos encontrados em cada um dos textos:

- Murphy et al.<sup>1</sup> avaliam que as evidências são insuficientes para demonstrar a superioridade do aconselhamento psicológico (seja ele de cuidado combinado — enfermagem + autocuidado, cuidado por enfermagem ou autocuidado; com técnica reconhecida ou não; com periodicidade entre uma semana e 12 meses após a perda gestacional) em relação a nenhuma intervenção pós-perda, sugerindo uma decisão compartilhada que leve em conta o desejo da mulher/casal envolvido.
- Due et al.<sup>8</sup> avaliam o impacto da intervenção fenomenológica em homens, sem especificar o profissional que a fez e com tempo de acesso médio de até seis semanas após a perda, chegando à conclusão de que esse grupo é majoritariamente deslegitimado em seus sentimentos de perda e que são necessários mais estudos para um melhor posicionamento sobre o tema.
- Rowlands et al.<sup>9</sup> sugerem um rastreamento antenatal de estressores, com aplicação de intervenção técnica cognitivo-comportamental após a perda gestacional, a ser realizada por profissional de MFC capacitado, visto que o vínculo gestante-profissional seria um fator protetor.
- Kong et al.<sup>10</sup> demonstram benefícios em um aconselhamento psicológico estruturado voltado para mulheres com risco elevado de transtornos psicológicos e psiquiátricos, realizado por enfermeiras capacitadas em aconselhamento ao luto e identificação de transtornos psiquiátricos comuns. Propõe estrutura de acesso, inicialmente, em consulta presencial de 1 hora logo após a perda e, após 15 dias, em teleconsulta com duração de 30 minutos.
- A base de dados BMJ, com última atualização em 2020,<sup>11</sup> sugere que haja aconselhamento após todas as perdas, o que pode ser feito por profissional de MFC, de GO ou de enfermagem, de forma a apoiar e estimular o *insight*, o apoio social e espiritual. Podem ser utilizadas ferramentas de auxílio, como vídeos, manuais e sessões de aconselhamento (por exemplo, protocolo *Sands-Stillbirth and Neonatal Death Charity*), com enfoque no casal e em curto prazo (até um mês após a perda).
- A base de dados DynaMed, com última atualização em 2018,<sup>2,4,12,13</sup> divide sua abordagem em perdas gestacionais precoces e tardias. Na perda precoce apenas sugere algumas formas de comunicação profissional: devem-se evitar nomes como “fracasso/falha” pelos efeitos negativos que esses termos trazem, podendo levar a desfechos psicológicos negativos. Deve-se também reforçar que a perda não foi ocasionada pelas atividades de vida diária e assegurar que um episódio de abortamento não afetará a fertilidade futura. Na perda tardia (óbito fetal), promover suporte, acompanhamento e acesso a aconselhamento profissional formal tanto para gestante quanto para sua parceria (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists — GRCOG *Grade A*). Recomenda o encaminhamento para equipe de aconselhamento de luto, líderes religiosos, grupos de suporte de pares e/ou profissionais de saúde mental para manejo de luto e depressão (American College of Obstetricians and Gynaecologists — ACOG *level C*), bem como sugere que antes da autópsia fetal seja dada a possibilidade de segurar a criança ou de realizar atividades culturais/religiosas, considerando essas práticas como associadas a desfechos positivos no bem-estar do casal.

## Gestações subsequentes

Após uma perda gestacional é habitual a mulher ou o casal buscar explicações racionais ou culpados para aliviar seu sofrimento, além de se preocupar com as gestações futuras.<sup>9,11-13</sup> Nesse momento, é importante frisar que não há relação entre a perda e as atividades de vida diária, e que um episódio de abortamento não influencia a fertilidade do casal.<sup>2</sup>

A maioria das perdas gestacionais ocorre no primeiro trimestre e é causada por cromossomopatia fetal (50–85%), o que inviabiliza a evolução da gravidez e não indica a necessidade de investigações.<sup>2</sup> Estas só se tornam necessárias no caso de perdas recorrentes ( $\geq$  duas perdas documentadas por exame de ultrassonografia ou anatomopatológico, sem idade gestacional relacionada, ou  $\geq$  três perdas no primeiro trimestre de gestação) ou daquelas ocorridas a partir do segundo trimestre de gestação.<sup>12,13</sup>

Ainda assim, a principal causa de abortamentos recorrentes é idiopática (50–75%)<sup>13</sup> e cerca de 50–60% das mulheres engravidam novamente sem apresentar perdas (a depender da paridade e da idade materna).<sup>12</sup> Sendo assim, não há necessidade de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas e há benefício de suporte emocional por ter impacto positivo na evolução das futuras gestações,<sup>13</sup> diminuindo a gravidade dos sintomas apresentados em gravidezes posteriores e no puerpério.<sup>4</sup>

Como descrito anteriormente, deve-se notar que os temas abordados são extremamente relevantes para a capacitação dos profissionais de MFC, uma vez que exaltam princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), como integralidade e longitudinalidade, e da especialidade em si, como prática influenciada pela comunidade e pela intensificação da relação médico-pessoa (vínculo).<sup>16-19</sup>

A integralidade é vista quando o cuidado transcende a prática curativa, contemplando esses indivíduos em todos os níveis de atenção e considerando sua inserção em um contexto social, familiar e cultural. Se o profissional levar em consideração esse princípio, já estará atuando de forma a se deixar ser influenciado pela comunidade. A longitudinalidade, por sua vez, garante o seguimento do cuidado ao longo do tempo e a avaliação de como o impacto da perda vai evoluir em cada uma das partes envolvidas. O cuidado longitudinal promove a intensificação do vínculo estabelecido.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os estudos avaliados, há consenso em relação ao rastreio de fatores de risco para desenvolvimento de transtornos mentais após perdas gestacionais, tanto em indivíduos quanto em casais; porém, não o há em relação a quais as melhores técnicas de abordagem e enfrentamento, qual o momento para que essas intervenções sejam feitas e que profissional deve realizá-las, uma vez diagnosticado o sofrimento mental. Além disso, não há evidências estatisticamente significantes que indiquem melhor desfecho nos grupos que sofreram intervenções psicossociais *versus* aqueles que não sofreram. Tendo isso em vista, os atributos da MFC mostram-se como opções para a discussão do tópico, individualizando o tratamento de acordo com as características dos envolvidos e levando em conta a capacidade técnica dos profissionais, o vínculo estabelecido entre as famílias e os serviços de saúde e os desejos e expectativas acerca da gestação. Assim, principalmente em países latinos, onde a escassez de artigos evidencia a negligência do tema há mais de 20 anos, são necessárias a realização de mais estudos que possam nortear a prática clínica bem como a capacitação de profissionais e serviços para as abordagens acerca do tema, de maneira a não invisibilizar protagonistas nem negligenciar cuidados.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos pacientes por nos motivarem a buscar as melhores evidências para melhor atendê-los, a nossos familiares e parcerias por nos apoiarem e a Denize Ornelas S. P. de Oliveira por nos inspirar a sermos médicos de família e comunidade por excelência e recursos adequados de nossa população.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

FEDA: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. KBB: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. GSB: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Supervisão, Validação, Visualização.

## REFERÊNCIAS

- Murphy FA, Lipp A, Powles DL. Follow-up for improving psychological well being for women after a miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;3(3):CD008679. <http://doi.org/10.1002/14651858.cd008679.pub2>
- DynaMed [Internet]. First trimester pregnancy loss. Record No. T113658. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T113658>. Registration and login required.
- Neugebauer R, Kline J, Shrout P, Skodol A, O'Connor P, Geller PA, et al. Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA* 1997;277(5):383-8. PMID: 9010170
- DynaMed [Internet]. Stillbirth. Record No. T115491. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T115491>. Registration and login required.
- Koopmans L, Wilson T, Cacciatore J, Flenady V. Support for mothers, fathers and families after perinatal death. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(6):CD000452. <http://doi.org/10.1002/14651858.CD000452.pub3>
- Giannandrea SAM, Cerulli C, Anson E, Chaudron LH. Increased risk for postpartum psychiatric disorders among women with past pregnancy loss. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013;22(9):760-8. <http://doi.org/10.1089/jwh.2012.4011>
- Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalbrant M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update* 2018;24(6):731-49. <http://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>
- Due C, Chiarolli S, Riggs DW. The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):380. <http://doi.org/10.1186/s12884-017-1560-9>
- Rowlands I, Lee C. Adjustment after miscarriage: predicting positive mental health trajectories among young Australian women. *Psychol Health Med* 2010;15(1):34-49. <http://doi.org/10.1080/13548500903440239>
- Kong GWS, Chung TKH, Lok IH. The impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage - a randomised controlled trial. *BJOG* 2014;121(10):1253-62. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.12908>
- Muslim I, Doraiswamy J. Aborto espontâneo. *BMJ* 2020;3-74. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/666/pdf/666/Aborto%20espont%C3%A2neo.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2022.
- DynaMed [Internet]. Recurrent pregnancy loss. Record No. T116364. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116364>. Registration and login required.
- DynaMed [Internet]. Second trimester pregnancy loss. Record No. T904101. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T904101>. Registration and login required.
- Legítimar. Dicionário Michaelis Online. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/legitimar/>
- Heazell AEP, Siassakos D, Blencowe H, Burden C, Bhutta ZA, Cacciatore J, Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016;387(10018):604-16. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
- McWhinney IR, Freeman TR. Manual de medicina de família e comunidade de McWhinney. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freean TR. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
- Gusso G, Lopes JMC, Dias LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2019.