

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

LUDMILA REZENDE DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DO  
LUTO GESTACIONAL E INFANTIL**

Uberlândia

2023

LUDMILA REZENDE DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DO  
LUTO GESTACIONAL E INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luana Araújo Macedo Scalia

UBERLÂNDIA

2023

LUDMILA REZENDE DA SILVA

**A INFLUÊNCIA DA RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DO  
LUTO GESTACIONAL E INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito  
parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem

Uberlândia, 20 de junho de 2023

Banca examinadora:

---

Profa. Dra. Luana Macedo Araújo Scalia - Orientadora  
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

---

Profa. Dra. Efigênia Aparecida Maciel de Freitas  
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

---

Profa. Dra. Déborah Raquel Carvalho de Oliveira  
Universidade Federal de Uberlândia - UFU

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por me dar as oportunidades que me trouxeram até aqui e por ter me dado forças e me amparado nos momentos em que achei que não seria capaz.

Aos meus pais, que são meu amparo, minha fortaleza e meus motivos para lutar pelos meus objetivos.

À Sindy, minha companheira de quatro patas que por muitas vezes foi a única a presenciar momentos de ansiedade e ser a luz da minha vida sem nem mesmo ter consciência disso.

À minha orientadora que me acolheu e me permitiu desenvolver esse projeto tão especial, que me ensinou e tem me ensinado tanto; espero que ainda possamos trabalhar juntas e levar esse projeto ainda mais adiante.

À Amanda, do Grupo *Sentir Pensar Agir Materno* (que posteriormente migrou para o grupo Casa Manacá, o qual faço parte com muito carinho), por me apoiar e abraçar meu projeto.

Aos meus amigos, por terem me aguentado nos momentos de surto e por tornar essa trajetória mais leve e divertida.

**Amo vocês!**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	11
<b>2.2 Objetivo Primário</b> .....	11
<b>2.3 Objetivos Secundários</b> .....	11
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	12
<b>3.2 Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL)</b> .....	13
<b>3.3 Escala de Coping Espiritual-Religioso (CER-Breve – 14)</b> .....	13
<b>3.4 Escala de Luto Perinatal (ELP)</b> .....	14
<b>3.5 Análise de dados</b> .....	14
<b>4. RESULTADOS</b> .....	16
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	21
<b>6. LIMITAÇÕES</b> .....	26
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	27
<b>8. AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO</b> .....	28
<b>9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	29

## RESUMO

A morte de um filho antes ou logo após o nascimento interrompe os sonhos, esperanças e expectativas, e a falta de reconhecimento do sofrimento deixa as famílias enlutadas sofrendo em isolamento e silêncio. O apoio social é considerado fundamental para lidar com a perda, além disso, estratégias de enfrentamento espiritual podem ajudar os pais a lidar com a morte de seus filhos. O objetivo deste estudo foi verificar o impacto da espiritualidade/religiosidade no enfrentamento ao luto gestacional e infantil, em mulheres participantes de grupos de apoio. Realizou-se um estudo observacional, seccional, de abordagem quantitativa que incluiu 71 mulheres que participavam de grupos de apoio ao luto perinatal *on-line* pelas plataformas Google Meet, WhatsApp, E-mail e Instagram. Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, clínica e religiosa, o Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL), a Escala de Coping Espiritual-Religioso (CER-Breve – 14) e Escala de Luto Perinatal (ELP). A influência simultânea de todas as variáveis foi analisada por meio de regressão linear múltipla. A amostra foi composta por 71 mulheres, sendo que 52 tiveram perda gestacional e 19 infantil. A maioria era branca (59,2%), pertencia a famílias com renda igual ou superior a 3 salários mínimos (62%) e (63,4%) haviam perdido o filho há mais de dois anos. A análise de regressão mostrou que mulheres de cor preta/parda apresentaram maiores escores de desespero, e o tempo desde a perda influenciou significativamente os níveis de sofrimento ativo, dificuldade de enfrentamento e desespero. Aquelas que experimentaram a perda nos últimos dois anos apresentaram pontuações mais altas. O apoio no momento da perda foi associado a menores níveis de desespero. A religiosidade organizacional foi relacionada a menor sofrimento, dificuldade de enfrentamento e desespero, enquanto a religiosidade intrínseca e o uso negativo da religião para lidar com dificuldades estiveram associados a maiores níveis desses sintomas de luto. Conclui-se que a relação entre religiosidade e luto é complexa. A vivência individual da religião pode trazer tanto conforto quanto sofrimento, dependendo de como é interpretada e praticada. É importante reconhecer a diversidade de experiências religiosas e respeitar as diferentes formas de lidar com o luto.

**Palavras-chave:** Luto Materno; Grupos de Apoio; Espiritualidade; Acolhimento; Assistência de Enfermagem.

## ABSTRACT

The death of a child before or shortly after birth interrupts dreams, hopes, and expectations, and the lack of acknowledgement of grief leaves grieving families suffering in isolation and silence. Social support is considered key to coping with loss, in addition, spiritual coping strategies can help parents deal with the death of their children. The objective of this study was to verify the impact of spirituality/religiosity on coping with gestational and infant bereavement in women participating in support groups. This was an observational, sectional, quantitative study that included 71 women who participated in online support groups for perinatal grief through Google Meet, WhatsApp, E-mail, and Instagram. A sociodemographic, clinical and religious characterization questionnaire, the Duke University Religiosity Index (P-DUREL), the Spiritual-Religious Coping Scale (CER-Breve - 14) and the Perinatal Grief Scale (ELP) were applied. The simultaneous influence of all variables was analyzed using multiple linear regression. The sample consisted of 71 women, with 52 having gestational loss and 19 having infant loss. Most were white (59.2%), belonged to families with income equal to or higher than 3 minimum wages (62%), and (63.4%) had lost their child more than two years before. Regression analysis showed that black/black women had higher despair scores, and time since loss significantly influenced levels of active distress, coping difficulty, and despair. Those who experienced the loss within the last two years had higher scores. Support at the time of loss was associated with lower levels of despair. Organizational religiosity was related to lower levels of grief, coping difficulty, and hopelessness, while intrinsic religiosity and negative use of religion to cope were associated with higher levels of these grief symptoms. We conclude that the relationship between religiosity and mourning is complex. The individual experience of religion can bring both comfort and suffering, depending on how it is interpreted and practiced. It is important to recognize the diversity of religious experiences and to respect the different ways of dealing with grief.

**Keywords:** Maternal Mourning; Support Groups; Spirituality; Reception; Nursing Care.

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo Parkes (2009), para a maioria das pessoas, o amor é a fonte mais profunda de prazer em nossas vidas, enquanto a perda daqueles que amamos é a fonte mais profunda de dor, configurando a causa mais atormentadora e dolorosa de luto.

A gestação é um momento de intensas transformações físicas e psíquicas, e para muitas mulheres, o desejo da maternidade já está presente desde muito antes da concepção (MARTINS; SILVA, 2020). A morte de um filho antes ou logo depois do nascimento rompe com a ordem natural da vida e interrompe os sonhos, as esperanças, as expectativas e as esperas existenciais que normalmente são depositadas na criança que está por vir (MUZA et al., 2013).

Para Adolfosson (2011), a perda perinatal ocorre em diferentes formas e em diferentes estágios de desenvolvimento fetal, sendo o aborto espontâneo definido como perda fetal antes da 22ª semana de gravidez e a morte neonatal aquelas que ocorrem da 22ª semana até o nascimento. Há também a morte infantil, que compreende óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais) (BRASIL, 2009).

Em todo o mundo, cerca de 3 milhões de bebês nascem mortos todos os anos, mais de 8.200 bebês por dia, sendo a maioria em países de baixa renda (SCOTT, 2011). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) na pesquisa “Estatísticas do Registro Civil”, foram registrados 2.812.030 nascidos vivos no ano de 2019 e, 19.054 óbitos fetais no mesmo período.

Scott (2011) aborda que morte de um bebê antes do nascimento não é menos morte do que a morte de qualquer outra criança e que, quando bebê que morre antes de nascer não é menos amado e querido, a tristeza e a dor dos pais não são menos agonizantes e duradouras e a culpa por não ser capaz de proteger a criança não é menos intensa. Dessa forma, Adolfosson (2011) define o luto como uma reação normal, universal e habitual em relação a uma perda significativa. No entanto, é caracterizado em luto complicado quando o indivíduo manifesta um processo de luto excessivo, persistente, angustiante e incapacitante, tornando-se um grave problema de saúde pública, que reflete sobre a pessoa, família e sociedade. De acordo com Prigerson e colaboradores (2009), 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), e na próxima Classificação Internacional de Doenças (CID-11).



A natimortalidade está associada a maus resultados psicológicos, e pais enlutados apresentam taxas mais altas de sofrimento emocional e sintomas pós-traumáticos do que pais não enlutados e quando subestimamos o dano que se segue a um natimorto, deixamos as famílias enlutadas sofrendo no isolamento e no silêncio, e o problema permanece ignorado (FERRALES et al., 2020; SCOTT, 2011).

Fatores de risco hereditários para o aborto espontâneo incluem anormalidades cromossômicas, estruturais, numéricas, mutações e polimorfismos genéticos, já entre os fatores não genéticos destacaram-se fatores sociodemográficos (idade materna, idade na menarca, escolaridade e renda), estado de saúde (IMC, obesidade), estilo de vida (tabagismo), histórico gestacional (aborto progressivo, aborto familiar), excesso de atividade laboral, fatores infecciosos (contaminação por citomegalovírus, rubéola, toxoplasma e vaginose bacteriana) e hormonais (alteração de progesterona, hiperinsulinemia e hiperandrogenia) (OLIVEIRA, 2020). Os principais fatores de risco associados ao óbito fetal, estão relacionados às gestantes com transtorno materno hipertensivo, complicações da placenta, placenta prévia e diabetes (CORRÊA et al., 2021). Em relação às mortes infantis, as principais causas são prematuridade, anomalias congênitas e asfixia (FRANÇA, 2017).

No momento da perda, o apoio social, principalmente o familiar, o trabalho e a rede de amigos foram considerados fundamentais no apoio do enfrentamento da perda (GONÇALVES; BITTAR, 2016). Além disso, estratégias de enfrentamento espiritual parecem ajudar os pais a lidar com a morte de seus filhos e amenizar alguns efeitos negativos à saúde (HAWTHORNE; YOUNGBLUT; BROOTEN, 2017). As atividades espirituais podem ajudar as mães enlutadas a reduzir seus sintomas de luto, depressão, estresse pós-traumático e aumentar o crescimento pessoal (HAWTHORNE; YOUNGBLUT; BROOTEN, 2017).

A forma como o indivíduo percebe a situação de sofrimento e utiliza a dimensão da religião e espiritualidade como resposta de enfrentamento, interpretação ou adaptação é chamado de coping espiritual/religioso (CER). Desse modo, o CER pode manifestar-se tanto de maneira positiva ou negativa, sendo que a diferença crucial reside no efeito resultante em cada pessoa. Ademais, é influenciado pelos seguintes aspectos: vivência cotidiana da religião e espiritualidade, capacidade de buscar significados e questionar o propósito de vida e pelo relacionamento com Deus (PARENTE, 2017).

O coping espiritual-religioso negativo é caracterizado pelo uso de crenças religiosas de forma prejudicial ou mal adaptativa, em que há culpa excessiva, autojulgamento, intolerância e a relação com Deus torna-se uma causa estressora ou destrutiva. Essa abordagem pode resultar em conflitos internos e afastamento de fontes de suporte social. Em contraste, o coping

espiritual-religioso positivo é construtivo e benéfico para o indivíduo. Ele envolve o uso de recursos espirituais e religiosos para buscar significado, resiliência, conforto emocional, apoio social. Nesse caso, a espiritualidade e a religiosidade podem ser recursos valiosos de força interior, bem-estar psicológico e maior capacidade de lidar com adversidades (PARENTE, 2017).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.2 Objetivo Primário**

Analisar o impacto da espiritualidade/religiosidade no enfrentamento ao luto gestacional, neonatal e infantil, em mulheres participantes de grupos de apoio.

### **2.3 Objetivos Secundários**

- a) Caracterizar as mulheres participantes do estudo quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas.
- b) Determinar escores da escala de luto perinatal.
- c) Determinar escores de religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca.
- d) Determinar escores de coping religioso positivo e negativo.

### 3. METODOLOGIA

O presente estudo é do tipo observacional, seccional, de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada com participantes de grupos de apoio ao luto perinatal *on-line* pelas plataformas Google Meet, WhatsApp, E-mail e Instagram. Tanto a abordagem às participantes quanto a coleta de dados que ocorreu entre outubro de 2021 e julho de 2022 foi realizada via remota devido à vigência do regime de quarentena em decorrência da pandemia por COVID-19.

O estudo incluiu mulheres maiores de 18 anos, que tiveram perda gestacional, óbito fetal ou bebê natimorto, e mulheres que tiveram perda do filho até um ano de vida nos últimos anos. A amostra foi não probabilística por conveniência.

As participantes da pesquisa foram abordadas no chat privado do aplicativo WhatsApp, onde lhes foram apresentados os objetivos do estudo e em seguida foram convidadas a participarem da pesquisa. Aquelas que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As participantes elegíveis foram identificadas e convidadas a participar do estudo e receberam o link do questionário no Google Forms por meio do WhatsApp ou E-mail. Após preencherem os critérios de inclusão, decidirem participar do estudo e assinarem o TCLE, responderam os seguintes questionários: Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica; Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL); Escala de Coping Espiritual-Religioso (CER-Breve – 14) e Escala de Luto Perinatal (ELP).

#### 3.1 Questionário de caracterização sociodemográfica, clínica e religiosa

O instrumento de caracterização foi constituído por variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosa, em que buscou-se conhecer: escolaridade; cor autorreferida; estado civil; condição de trabalho; renda familiar; dependentes da renda familiar; relacionamento no momento da perda; realização de atividade física; confirmação de hábito tabagista; identificação de hábito ex tabagista; uso de álcool; frequência do consumo de álcool; histórico de trombofilia, endometriose, hipertensão, diabetes, depressão, estresse pós-traumático e outras doenças; uso de medicamentos; confirmação de medicamentos antidepressivos, ansiolíticos, anti-hipertensivos, antidiabéticos e outros; profissional que acompanhou a gestação; tempo de

vida da criança no momento da perda; momento da perda; tempo de perda < 2 anos ou  $\geq$  2 anos; causas comuns de perda; possuía gestações anteriores; houve planejamento da gestação; perdas anteriores; quantidade de perdas anteriores; religião; suporte após a perda; quantificação de 0 a 10 acerca da importância da religião; quantificação de 0 a 10 acerca da importância da religião no processo de luto.

### **3.2 Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL)**

O Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL) é um instrumento sucinto, autoaplicável, composto de cinco itens que mensuram três dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos de saúde: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI). A RO está relacionada à frequência em grupos religiosos como cultos, missas, cerimônias, etc. (pontuação de 1-6, sendo um baixa e 6 alta RO); a RNO mede a frequência de atividades religiosas privadas como oração, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio, etc. (pontuação de 1-6, sendo um baixa e seis alta RNO); e RI que refere-se a busca de internalização e vivência da religiosidade como principal objetivo do indivíduo (pontuação de 3-15) (LUCCHETTI et al., 2012). Foi desenvolvida por Koenig e colaboradores em 1997 e traduzida para português por Moreira-Almeida et al. (2008) e validada em alguns estudos, demonstrando elevada consistência interna (LUCCHETTI et al., 2012).

### **3.3 Escala de Coping Espiritual-Religioso (CER-Breve – 14)**

A escala breve de coping espiritual/religioso (CER-14) mede dois tipos de coping: o CER Positivo (com 7 itens) e o CER Negativo (também com 7 itens). Descreve o modo como os indivíduos utilizam sua fé para lidar com o estresse se associando com a qualidade de vida, tendo as respostas avaliadas com a escala de cinco pontos (1-nem um pouco/não se aplica a 5-muitíssimo) (ESPERANDIO, 2018). Esperandio et al. (2019) explica que o coping espiritual/religioso positivo refere-se a um relacionamento seguro com Deus, à crença de que existe um sentido na vida para ser buscado e senso de conexão com outros, enquanto o coping espiritual/religioso negativo expressa-se por meio de um relacionamento menos seguro com Deus; uma visão de mundo frágil e ameaçador levando a pessoa a experimentar sentimentos

tais como raiva de Deus, abandono, punição, distanciamento de Deus e do grupo religioso, entre outros.

### **3.4 Escala de Luto Perinatal (ELP)**

A Escala de Luto Perinatal (ELP) (PARIS, 2015) foi primeiramente aplicada em uma população da Pensilvânia - USA (POTVIN; LASKER; TOEDTER, 1989) e então transculturalmente adaptada para português e francês por Gisele Ferreira Paris em 2015 (PARIS, 2015). A ELP é o instrumento mais utilizado na identificação de luto na perda gestacional e neonatal, composta por 33 afirmações psicométricas, divididas em três subescalas: a primeira subescala, Luto Ativo, trata sobre a tristeza e a perda do bebê; a segunda, Dificuldade de Enfrentamento, aborda dificuldades nas atividades diárias e no relacionamento com outras pessoas; a última, Desespero, remete a sentimentos de autodepreciação e desânimo (TRINTINALHA, et al. 2021). 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 “concordo totalmente”, “concordo parcialmente”, “não concordo e nem discordo”, “discordo parcialmente” e “discordo totalmente” (PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2017). Altos escores da ELP (acima de 91 pontos) estão associados a quadros de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático (TEPT) e a problemas de relacionamento entre casais em gravidezes subsequentes (TRINTINALHA, et al. 2021).

### **3.5 Análise de dados**

Após a coleta de dados, os dados foram transferidos para uma planilha do Microsoft EXCEL®, e os dados foram armazenados no programa IBM SPSS®, versão 23.0. Utilizou-se as análises descritivas para apresentação das variáveis de interesse, utilizando frequência, porcentagem, mínimo, máximo, mediana, média, desvio padrão para dados sociodemográficos e dados quantitativos. Os dados sociodemográficos foram dicotomizados para melhor análise. Para análise bivariada, as comparações de variáveis dicotômicas foram realizadas pelo teste Qui-quadrado, e as médias de dois grupos foram comparadas pelo teste de T de *Student*.

A influência simultânea de todas as variáveis foi analisada por meio de regressão linear múltipla. Ressalta-se que os pré-requisitos para uso dos testes paramétricos foram devidamente considerados, bem como, o critério de inclusão de variáveis preditoras considerou a relevância conceitual. Nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ) foi adotado para análises inferenciais. Sendo

assim, o poder estatístico alcançado na análise de regressão com sete preditores, com 71 participantes, um  $R^2=0,36$ , foi de 93,50%. O desfecho principal considerado foi o escore de luto ativo.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) e aprovado com o número CAAE: 50851221.0.0000.5152.

Foram adotados princípios éticos, garantindo a integridade física e emocional, a justiça, o respeito, a privacidade, a autonomia e o bem-estar de todos os participantes de acordo com o que é estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

#### 4. RESULTADOS

Um total de 71 participantes contribuíram para esta pesquisa. Na tabela a seguir temos os dados sociodemográficos, clínicos e religiosos dessas participantes. Percebe-se que a maioria possui ensino superior completo ou incompleto (80,3%), e cor autorreferida predominante é branca (59,2%). A média de idade foi de 36,19 anos (DP=8,08). Em relação ao estado civil, a maioria era casada (85,9%). Observou-se que a maior parte das participantes estava empregada (83%), pertencia a famílias com renda igual ou superior a 3 salários mínimos (62%), e tinha entre 1 e 3 pessoas dependendo delas (87,3%).

Em relação às perdas, a maioria ocorreu durante a gestação (73,2%), sendo a causa mais comum indefinida (22,4%). A religião desempenha um papel significativo na vida dos participantes, com (29,6%) se identificando como espírita e (25,4%) evangélica. Foi relatado apoio após a perda por uma grande proporção das participantes (87,3%).

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica, clínica e religiosa das participantes Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022. (n=71).

	N	%
<b>Escolaridade</b>		
Até Ensino médio completo	14	19,7
Superior incompleto e completo	57	80,3
<b>Cor autorreferida</b>		
Branca	42	59,2
Preta/parda	29	40,8
<b>Estado civil</b>		
Casada	61	85,9
Solteira	7	9,9
Separada	3	4,2
<b>Condição de trabalho</b>		
Empregada	59	83
Desempregada	11	15,5
Aposentada	1	1,4
<b>Renda familiar</b>		
< 3 salários mínimos	27	38,0
≥ 3 salários mínimos	44	62,0
<b>Dependentes da renda familiar</b>		
Não possui dependentes	2	2,8
Entre 1 e 3 pessoas	62	87,3
Entre 4 e 5 pessoas	7	9,8
<b>Relacionamento no momento da perda</b>		
Casados ou morando juntos	64	90,2
Namorando ou ficando	6	8,4



	N	%
Gravidez solo	1	1,4
<b>Pratica atividade física</b>		
Sim	37	52,1
Não	34	47,9
<b>Tabagista</b>		
Sim	5	7
Não	66	93
<b>Ex tabagista</b>		
Sim	5	7
Não	66	93
<b>Faz uso de álcool</b>		
Sim	32	45,1
Não	39	54,9
<b>Frequência do consumo de álcool</b>		
1 a 2x/semana	29	90,4
3x/semana	3	9,6
<b>Possui alguma doença</b>		
Sim	28	39,4
Não	43	60,6
<b>Quais?*</b>		
Trombofilia	6	8,5
Endometriose	3	4,2
Hipertensão	4	5,6
Depressão	4	5,6
Diabetes	3	4,2
Estresse pós-traumático	2	2,8
Outras doenças	18	25,2
<b>Usa medicamentos?</b>		
Sim	33	46,5
Não	38	53,5
<b>Medicamentos em uso</b>		
Antidepressivos	13	18,2
Ansiolíticos	5	6,8
Anti-hipertensivos	4	5,6
Antidiabéticos	3	4,1
Outros	32	44,3
<b>Profissional que acompanhou a gestação</b>		
Médico	63	88,7
Enfermeiro	6	8,4
Sem acompanhamento profissional	2	2,8
<b>Tempo de vida da criança no momento da perda</b>		
Até 20 semanas de gestação	18	25,4
Após 20 semanas de gestação	34	47,9
Morte infantil	19	26,8
<b>Momento da perda</b>		
Durante a gestação	52	73,2
Após o nascimento	19	26,8
<b>Há quanto tempo perdeu</b>		
< 2 anos	26	36,6

	<b>N</b>	<b>%</b>
≥ 2 anos	45	63,4
<b>Causas mais comuns</b>		
Causa indefinida	16	22,4
Complicações durante a gestação	17	23,8
Complicações com o bebê	15	21
Aborto	7	9,9
Síndromes	7	9,8
Prematuridade	5	7
Acidente doméstico	2	2,8
Óbito fetal ou intraparto	2	2,8
<b>Gestações anteriores</b>		
Sim	36	50,7
Não	35	49,3
<b>Gestação planejada?</b>		
Sim	41	57,6
Não	24	33,8
Não responderam	6	8,2
<b>Perdas anteriores?</b>		
Sim	18	25,4
Não	51	71,8
Não responderam	2	2,8
<b>Se sim para a pergunta anterior, quantas?</b>		
Uma	13	18,3
Duas	5	7
Três a quatro	2	2,8
<b>Religião</b>		
Espírita	21	29,6
Evangélica	18	25,4
Católica	18	25,4
Nenhuma	10	14,1
Outras	4	5,6
<b>Recebeu apoio após a perda</b>		
Sim	62	87,3
Não	9	12,7
<b>De 0 a 10, o quanto a religião é importante para você?</b>		
0 a 4	5	7
5 a 7	17	24
≥8	49	69,1
<b>De 0 a 10, o quanto a religião foi importante no processo do luto?</b>		
0 a 4	7	9,8
5 a 7	11	15,4
≥8	53	74,7

\*Poderia marcar mais do que uma opção

As medidas de centralidade e dispersão dos escores das escalas utilizadas no estudo estão descritas na tabela 6.

**Tabela 6.** Medidas de centralidade e dispersão dos escores do Índice de religiosidade da Universidade Duke e das escalas de Coping Espiritual- Religioso e de Luto Perinatal. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022. (n=71)

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio Padrão
<b>Religiosidade</b>					
Intrínseca	3,0	15,0	12,36	13,0	3,02
Organizacional	1,0	6,0	3,83	4,0	1,53
Não Organizacional	1,0	6,0	4,23	5,0	1,49
<b>CRE</b>					
Positivo	1,0	5,0	3,39	3,4	1,11
Negativo	1,0	5,0	2,24	2,0	1,15
<b>ELP</b>					
Sofrimento ativo	11,0	55,0	37,72	39,0	11,0
Dificuldade de enfrentamento	12,0	55,0	32,64	35,0	10,7
Desespero	11,0	51,0	28,20	26,0	11,26
Total	36,0	160,0	98,57	98,0	30,57
<b>Importância religiosa</b>	1,0	10,0	7,94	9,0	2,68
<b>Importância religiosa no luto</b>	1,0	10,0	8,01	9,0	2,82

P-DUREL = Índice de religiosidade da Universidade Duke, CRE = Escala de Coping Espiritual-Religioso, ELP = Escala de Luto Perinatal.

A regressão linear múltipla (tabela 7) mostrou que mulheres que auto referiram serem de cor preta/parda tiveram maiores escores de desespero ( $\beta=0,12$ ;  $p=0,02$ ). Além disso, o tempo de perda impactou significativamente no aumento de escores de sofrimento ativo ( $\beta=0,37$ ;  $p=0,001$ ), dificuldade de enfrentamento ( $\beta=0,22$ ;  $p=0,05$ ) e desespero ( $\beta=0,22$ ;  $p=0,04$ ), ou seja, aquelas que tinham a perda há dois anos ou menos tinham maiores pontuações que aquelas que perderam há dois anos ou mais. Apoio no momento da perda também impactou significativamente para menores pontuações de desespero ( $\beta=-0,26$ ;  $p=0,01$ ).

Religiosidade Organizacional impactou significativamente na diminuição dos escores de sofrimento ativo ( $\beta=-0,46$ ;  $p<0,01$ ), dificuldade de enfrentamento ( $\beta=-0,28$ ;  $p=0,04$ ) e desespero ( $\beta=-0,30$ ;  $p=0,02$ ), ou seja, aquelas que frequentavam menos os templos religiosos apresentaram mais sofrimento, dificuldade de enfrentamento e desespero comparado àqueles que tinham maior frequência religiosa.

Contrário a isso, religiosidade intrínseca contribuiu significativamente para maiores escores de sofrimento ativo ( $\beta=-0,327$ ;  $p<0,017$ ) e a variável coping religioso negativo impactou para maiores escores de sofrimento ativo ( $\beta=0,321$ ;  $p<0,01$ ), dificuldade de enfrentamento ( $\beta=0,401$ ;  $p<0,001$ ) e desespero ( $\beta=0,381$ ;  $p<0,001$ ), indicando que a forma

negativa de utilizar a religião para enfrentamento das dificuldades aumentou sintomas de luto.

**Tabela 7.** Análise de regressão linear múltipla para escala de luto perinatal em mães enlutadas. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022. (n=71)

Variáveis	Sofrimento ativo		Dificuldade de Enfrentamento		Desespero	
	$\beta$	p	$\beta$	P	$\beta$	p
Escolaridade	0,02	0,86	-0,03	0,80	0,12	0,27
Cor Autorreferida	0,15	0,15	0,12	0,27	<b>0,25</b>	<b>0,02</b>
Tempo de Perda	<b>0,37</b>	<b>0,001</b>	<b>0,22</b>	<b>0,05</b>	<b>0,22</b>	<b>0,04</b>
Apoio no momento da perda	-0,17	0,09	-0,13	0,22	<b>-0,26</b>	<b>0,01</b>
Religiosidade Organizacional	<b>-0,46</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>-0,28</b>	<b>0,04</b>	<b>-0,30</b>	<b>0,02</b>
Religiosidade Intrínseca	<b>0,31</b>	<b>0,02</b>	0,16	0,25	0,15	0,24
CRE Negativo	<b>0,29</b>	<b>0,01</b>	<b>0,42</b>	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,35</b>	<b>0,001</b>

CRE = Coping Religioso Espiritual

Variáveis dicotômicas: escolaridade (até ensino médio completo ou superior incompleto e completo – categoria de referência); cor autorreferida (branca ou preto/pardo – categoria de referência); tempo de perda (<2 anos ou  $\geq$ 2 anos – categoria de referência; Apoio no momento da perda (sim ou não – categoria de referência).

## 5. DISCUSSÃO

Pelo nosso conhecimento, provavelmente este seja o primeiro estudo que correlaciona formas de envolvimento religioso com luto gestacional e infantil. Foi realizado com mulheres participantes de grupos de apoio ao luto gestacional, neonatal e infantil que aconteciam de forma *online* durante a pandemia de COVID-19.

Os grupos de apoio onde foram realizadas as coletas de dados tem como objetivo comum o acolhimento às famílias que vivenciam perdas gestacional, neonatal e infantil enlutadas, por meio da escuta ativa e troca de experiências com encontros online e quinzenais; mantendo um canal de comunicação por meio do Instagram e WhatsApp.

Um estudo realizado por Paris, Montigny e Pelloso (2016) e investigavam a associação entre luto complicado e dados sociodemográficos, características reprodutivas, saúde mental, satisfação conjugal e suporte profissional em mulheres após natimorto, constatou-se que as participantes entrevistadas tinham principalmente entre 20 e 34 anos. Isso foi semelhante ao presente estudo, porém enquanto todas as participantes no estudo de Paris, Montigny e Pelloso (2016) haviam passado pela perda há menos de um ano, no presente estudo, 63,4% das mulheres tiveram perdas há mais de dois anos.

Outro estudo realizado em Passos, Minas Gerais, analisou o perfil de pacientes com perda gestacional e procurou identificar os fatores de risco mais frequentemente associados à perda gestacional, e concluiu que 79,2% eram relacionados a abortos entre 8 e 12 semanas de gestação. Quanto à etnia, 47,5% eram brancas, e 75% apresentavam até o 2º grau de estudo e apenas 17,5% tinham curso superior (SOARES; CANÇADO, 2018). Em contrapartida, no presente estudo observou-se que a maioria (47,9%) das perdas foram no período após as 20 semanas de gestação e em relação à escolaridade, observamos que 80,3% das participantes possuem 2º grau de estudo e ensino superior completo ou incompleto.

As diferenças sociodemográficas encontradas entre o estudo realizado em Passos, e o nosso estudo podem ser explicadas pelas características distintas das amostras e pelos diferentes contextos em que foram realizados. O estudo anterior, conduzido em um hospital público, parece representar melhor a diversidade da população brasileira em termos de etnia e nível de escolaridade. Por outro lado, nosso estudo, realizado com mulheres que tinham acesso a grupos de apoio e à internet, pode ter gerado resultados que refletem o perfil das mulheres que têm condições de buscar suporte e informação *online*.

Neste estudo, as causas mais comuns dos óbitos foram complicações durante a gestação (23,8%), complicações em relação à saúde do bebê (21%), abortos (9,9%) e 22,4% não tiveram

a causa da morte definida. Um estudo ecológico de série temporal, realizado com dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos com o objetivo de analisar a tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017 salienta o crescimento dos óbitos neonatais que tiveram como causa malformações congênitas, doenças infecciosas, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e causas externas, bem como os óbitos por causas evitáveis por adequada atenção à mulher (BERNARDINO et al., 2022).

Toedter et al. (2001), revisaram 22 estudos realizados em diferentes países, nos quais a Escala de Luto Perinatal (ELP) foi aplicada em 2.485 participantes que vivenciaram a perda perinatal. Os resultados indicaram que uma pontuação acima de 91 pontos na ELP seria indicativa de um elevado grau de tristeza. No presente estudo, a média do escore total da escala foi de 98,5, sugerindo que mais da metade da amostra estava passando por um processo de luto intenso. Diversos fatores, como elementos culturais, socioeconômicos e religiosos, podem exercer influência no grau de luto experimentado (KERSTING; WAGNER, 2012). Os resultados obtidos neste estudo suscitam reflexões sobre a intensidade do processo de luto vivenciado pelos participantes, considerando a possível influência desses aspectos em sua experiência.

A vivência do luto gestacional e infantil é uma experiência extremamente dolorosa e complexa para qualquer mulher, independentemente de sua etnia. No entanto, os resultados da pesquisa indicam que mulheres pretas ou pardas apresentaram maiores pontuações de desespero nesse contexto, é importante considerar diversos fatores que podem influenciar esses resultados como: maior exposição a condições precárias de vida e falta de acesso a serviços de saúde adequados; mulheres de diferentes grupos étnicos podem ter redes de apoio social e cultural distintas; representatividade, visto que a pesquisa alcançou uma população majoritariamente branca, reforçando a influência social e o acesso de serviços como grupos de apoio às populações historicamente marginalizadas (BARRETO; GESTEIRA; SANTOS, 2016; PACHECO et al, 2018). Contrariando esses achados, um estudo envolvendo 542 pais e mães que vivenciaram perda gestacional e neonatal não identificou diferenças significativas nos escores da Escala de Luto Perinatal (ELP) com base no estado civil, nível de escolaridade, situação econômica, religião, realização de pré-natal, etnia ou histórico de aborto prévio (TRINTINALHA et al., 2021).

A relação entre o tempo de perda e o sofrimento ativo, a dificuldade de enfrentamento e o desespero no luto gestacional e infantil destaca a intensidade inicial do luto, as diferentes fases do processo de luto, a importância do suporte e intervenções adequadas, bem como a necessidade de atender às necessidades individuais. Esses resultados ressaltam a importância

de abordagens contínuas de apoio ao longo desse processo, independentemente do tempo decorrido desde a perda, incluindo o acesso a serviços de saúde mental e intervenções apropriadas para promover o bem-estar emocional e a adaptação saudável (PUEYO et al, 2021; TEIXEIRA et al, 2021; ACIOLE; BERGAMO, 2019).

Há uma necessidade de reconhecimento da morte fetal pela sociedade, pois a participação dos pais no processo da morte com apoio da família, dos amigos e dos profissionais da saúde é fundamental para o enfrentamento e superação da perda (FLENADY, et al. 2014). Neste seguimento, conseguimos identificar o mesmo na cultura brasileira, onde ainda é possível perceber dificuldades em lidar com a morte e o luto, o que pode levar as mulheres a se sentirem isoladas e desamparadas em momentos de perda.

Foi identificado neste estudo que aquelas que tiveram apoio durante a perda gestacional, seja ele familiar, de amigos, profissional ou de grupos de acolhimento, tiveram menores pontuações de desespero. Paris et al. (2016) observou em seu trabalho uma alta prevalência do estado de luto complicado e a associação deste com os sintomas de depressão e ansiedade em mulheres brasileiras devido principalmente, à inexistência de grupos profissionais de apoio ao enfrentamento do luto.

Nesse sentido, a existência de grupos profissionais de apoio ao enfrentamento do luto pode ser uma importante estratégia para contribuir para a recuperação emocional e psicológica das mulheres. Esses grupos podem oferecer um ambiente seguro e acolhedor para a expressão dos sentimentos e emoções, além de promover o compartilhamento de experiências e o aprendizado de estratégias efetivas para lidar com o luto. Lopes et al. (2021) ressaltou que o desejo de escutar e dialogar com outras mulheres que tenham vivenciado uma situação similar desperta a identificação, a quebra do silêncio internalizado e a honestidade da expressão dos sentimentos, facilitando assim o processo de luto.

A religiosidade organizacional demonstrou importante impacto na diminuição de escores da escala de luto perinatal, demonstrando que aquelas que frequentavam menos os templos religiosos apresentaram mais sofrimento, dificuldade de enfrentamento e desespero comparado àqueles que tinham maior frequência religiosa. Além disso, em uma escala do tipo Likert de zero a dez, 74,7% responderam entre 8 e 10 para o quanto a religiosidade foi importante no processo do luto. Semelhante aos nossos resultados, Farinasso e Labate (2012) em seu estudo realizado com viúvas idosas identificaram que tanto elementos de religiosidade intrínseca quanto extrínseca, foram identificados como fator protetor para depressão.

Farinasso e Labate (2012), referem que a enlutada utiliza a sua fé em Deus para preencher as lacunas da perda e que a religião apresenta efeitos positivos no que se diz respeito

ao bem estar psicológico de enlutados. A fé em Deus foi praticada como estratégia de enfrentamento da ansiedade gerada pela saudade e busca da figura perdida, sendo possível identificar achados semelhantes em nossos resultados. À vista disso, Kalu (2019) salienta que a religiosidade pode fornecer um senso de significado, propósito e conforto capaz de influenciar positivamente na reestruturação da identidade da mulher e em sua análise sobre o episódio experienciado.

Paris et al. (2016) descrevem em seu estudo que a visita do religioso foi citada como elemento que contribui para o enfrentamento do luto. A participação em organizações religiosas auxilia na redução da sensação de desamparo e desesperança, ao proporcionar o fortalecimento da vinculação da enlutada a uma rede de apoio que, por sua vez, possibilita a partilha, orientação, conexão à uma comunidade e o pertencimento (GONÇALVES; BARBOSA; SIMÕES, 2022).

A forma como a pessoa vivencia essa religião frente a um problema pode resultar em mais sofrimento. Em algumas situações, entretanto, tal busca religiosa, em vez de aliviar o sofrimento, piorou o funcionamento psíquico e social (DALGALARRONGO, 2007).

No presente estudo permitiu verificar que as mulheres que apresentavam altas pontuações de coping religioso espiritual negativo, passavam por maior sofrimento ativo, mais dificuldades de enfrentamento e desespero, medidos pela escala de luto perinatal. Um estudo qualitativo com objetivo de examinar o impacto da morte fetal e neonatal na religiosidade parental, identificou que 37,2% dos pais descreveram crises ou distúrbios em suas vidas religiosas após a morte do bebê, usando descritores para sua fé, como “abalado”, “perdido” e “despedaçado” (BAKKER; PARIS, 2013). Em um aspecto semelhante em nosso estudo, 19,9% e 19,7% das mães responderam ter questionado “muitíssimo” o amor de Deus e questionado “muitíssimo” o poder de Deus, respectivamente, demonstrando mais uma vez que um alto escore de coping religioso negativo acompanha grandes impactos aos sintomas do luto e desequilíbrio emocional.

O luto após a perda de um filho pode ser muito complexo e variar de acordo com diversos fatores, como a idade gestacional, a causa da morte fetal, o apoio social, familiar disponível e a história pessoal da mulher em relação à perda e ao luto. A vivência do processo de luto não apresenta uma ordem definida ou linear, e ao abordar mulheres enlutadas o profissional pode encontrá-las em qualquer uma das fases. As etapas do luto podem ocorrer em diferentes sequências e intensidades para distintos indivíduos (LIMA; ARAÚJO; MENDES, 2020). Por isso, é importante que a assistência de enfermagem seja sensível e individualizada, levando em conta as necessidades emocionais, físicas e psicológicas da mulher e sua família.



Para uma assistência de enfermagem de qualidade às mulheres em situação de luto gestacional, neonatal ou infantil é fundamental a inclusão de uma capacitação acerca do processo de luto, ou minimamente a inclusão do tema em ações de educação continuada de modo que seja possível planejar as intervenções necessárias para apoiar a mulher em cada caso específico. Por esse ângulo, o enfermeiro pode atuar de maneira significativa na transformação de fatores considerados agravantes no processo de luto como a falta de informação, invalidação das crenças maternas e a solidão. A mulher que atravessa o desfecho do luto necessita de amparo, empatia e habilidades por parte do profissional, para que o seu protagonismo no sofrimento seja direcionado a um cenário de compreensão e superação (ROCHA, 2016).

Discursos elaborados por mães nos estudos de Lemos e Cunha (2015) e Lopes et al. (2017), referenciaram que a confiança na vontade de Deus configura-se em uma forma de encontrar alívio emocional e também racionalizar a morte do filho através da construção de justificativas e significados espirituais. Desse modo, dentre as competências fundamentais para oferecer amparo emocional com particularidade evidencia-se o acolhimento das expressões de tristeza, desmotivação, culpa e o reconhecimento que a maternidade vivenciada pela mulher trouxe mudanças intensas em diversos aspectos de sua vida. Além disso, compreender que a partir das crenças maternas a religiosidade/espiritualidade pode ser considerada como aliada e estratégia protetora dentro da saúde da mulher.

As intervenções realizadas por profissionais de saúde devem incluir orientações direcionadas para a família, uma vez que a mesma também é afetada pelo luto e ocupa um importante papel no processo de recepção e suporte afetivo do sofrimento materno. Ademais, manter-se disponível para auxiliar na distinção entre o luto normal e o luto complicado, facilitando deste modo o encaminhamento correto da mulher pela rede de saúde. Nessa conjuntura, compete ao profissional de saúde, especialmente ao enfermeiro devido ao nível de proximidade diária com o cuidado integral ao usuário, o respeito às crenças pessoais e necessidades religiosas no intuito de dar oportunidade para que estas se tornem ferramentas de enfrentamento, reflexão, autoconhecimento e replanejamento da vida (LOPES et al, 2017). Portanto, os cuidados emocionais e espirituais estão interligados, de modo que a validação da fé se torna uma atitude substancial para a amenização da dor e a manifestação plena dos sentimentos das mães.

No entanto, é verdade que em países menos desenvolvidos, ainda não existe uma proposta organizada de política pública de referência para a assistência ao luto das mulheres e familiares (INSTITUTO DO LUTO PARENTAL, ca. 2021; FRANCO; TORRES, 2017). Isso pode representar um desafio para os profissionais de saúde, que muitas vezes precisam

improvisar e adaptar suas práticas a partir de suas próprias experiências e preceitos. Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde busquem capacitação específica sobre o tema e trabalhem em parceria com outras instituições e organizações da sociedade civil para criar redes de apoio e recursos para as mulheres e familiares que enfrentam a perda fetal. Além disso, é necessário compreender a falta de educação para a morte como uma falha do perfil socioprofissional dos que atuam na área da saúde e cobrar do Estado a construção de políticas públicas que garantam o direito ao luto e à assistência de qualidade para todas as famílias enlutadas (FRANCO; TORRES, 2017).

## **6. LIMITAÇÕES**

É fundamental ressaltar que estudos que abordam temas delicados, como o luto gestacional e infantil, apresentam limitações inerentes à sua elaboração. Durante o desenvolvimento da presente pesquisa, nos deparamos com desafios significativos, incluindo a dificuldade na captação de participantes e a busca por referências atualizadas sobre a temática.

A coleta de dados foi realizada em grupos de apoio online, durante o período do surto de COVID-19, o que pode ter influenciado na seleção das participantes, possivelmente favorecendo mulheres de uma classe social mais privilegiada, que tinham acesso a esses grupos. Além disso, devido ao tamanho reduzido da amostra, foi necessário agrupar mulheres que vivenciaram diferentes tipos de perda, incluindo aborto, perda gestacional e morte infantil. Essas limitações devem ser consideradas ao interpretar os resultados e generalizar as conclusões deste estudo.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo foi realizado com mulheres que vivenciaram perda gestacional e infantil, sendo a maioria delas de etnia branca, casadas, tinham como renda familiar mensal  $\geq 3$  salários mínimos, praticantes da religião espírita e que sofreram a perda durante a gestação.

Escores baixos de religiosidade organizacional, assim como o coping religioso negativo foram preditores para sofrimento ativo, dificuldade de enfrentamento e desespero. Religiosidade foi importante na vivência do luto e pode proteger ou trazer mais sofrimentos dependendo da forma como é vivenciada. O apoio em recursos religiosos e espirituais pode ajudar na busca de significado, consolo e resolução da perda, afetando a percepção de si mesmo, os relacionamentos interpessoais e a visão de mundo.

A relação entre religiosidade e luto é complexa e multifacetada. Enquanto a participação em atividades religiosas pode fornecer suporte e conforto, a vivência individual da religião e a forma como ela é utilizada como mecanismo de enfrentamento podem variar amplamente. É essencial considerar a diversidade de experiências religiosas e respeitar as diferentes formas de lidar com o luto, reconhecendo que a religião pode ter impactos positivos ou negativos dependendo de como é praticada e interpretada.

A equipe de enfermagem pode atuar de maneira significativa na transformação de fatores considerados agravantes no processo de luto como a falta de informação e a solidão, através de uma escuta acolhedora e empática, educação em saúde, informação, avaliação do suporte social, sensibilidade cultural e ética e incentivo à participação em grupos de apoio. A participação nesses grupos pode influenciar de maneira positiva a reconstrução da identidade da mulher, e na reflexão sobre o momento experienciado. A identificação e o pertencimento com falas de outras mulheres proporcionam a sensação de acolhimento e validação.

## **8. AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO**

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, conforme o Edital N° 10/2021 PIBIC - FAPEMIG.

## 9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLE, G. G; BERGAMO, D. C. Cuidado à família enlutada: uma ação pública necessária. **Saúde debate**, [s. l.], v. 43, n. 122, p. 805-818, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912212>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Tkwg7QgrTqbHqySsxw8hJZf/?lang=pt>. Acesso em: 4 mai. 2023.

ADOLFFSSON, A. Meta-analysis to obtain a scale of psychological reaction after perinatal loss: focus on miscarriage. **Psychology Research and Behavior Management**, [s. l.], v. 4, p. 29-39, 2011. DOI: 10.2147/PRBM.S17330. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3218782/>. Acesso em: 25 mar. 2021.

BAKKER, J. K.; PARIS, J. Bereavement and Religion Online: Stillbirth, Neonatal Loss, and Parental Religiosity. **Journal for the Scientific Study of Religion**, [s. l.], v. 52, n. 4, p. 657-674, 2013. DOI: /10.1111/jssr.12066 Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jssr.12066>>. Acesso em: 24 out. 2022.

BARRETO, R. S; GESTEIRA, S. M. A; SANTOS, F. S. A. MECANISMOS UTILIZADOS POR MULHERES QUE ABORTARAM PARA O ENFRENTAMENTO DO LUTO: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM. **Caderno Sisterhood**, Santo Antônio de Jesus, ISSN: 2525-5533, p. 59-74, 2016. Disponível em: [https://www2.ufrb.edu.br/cadernosisterhood/images/Cadernos\\_Sisterhood.\\_vers%C3%A3o\\_atual.3.pdf](https://www2.ufrb.edu.br/cadernosisterhood/images/Cadernos_Sisterhood._vers%C3%A3o_atual.3.pdf). Acesso em: 4 mai. 2023.

BERNARDINO, F. B. S. Tendência da mortalidade neonatal no Brasil de 2007 a 2017. **Ciênc. saúde coletiva**, [s. l.], v. 27, n. 02, p. 567-578, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.41192020>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n2/567-578/>. Acesso em: 4 mai. 2023.

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**. 2ª edição, Brasília, 2009. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf). Acesso em: 4 mai. 2023.

CORRÊA, T. A. *et al.* Principais fatores de risco associados ao óbito fetal: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 2, p. 01-09, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e6407.2021>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6407#:~:text=Esses%20motivos%20d>

e%20%C3%B3bito%20fetal,e%20escassez%20no%20acompanhamento%20intraparto.  
Acesso em: Acesso em: 26 mai. 2023.

DALGALARRONGO, P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. **Arch. Clin. Psychiatry**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 25-33, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpc/a/5dX6cV5Q6Fzj73PzPqYTcXC/?lang=pt>. Acesso em: 4 mai. 2023.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Brazilian validation of the brief scale for spiritual/religious coping—SRCOPE-14. **Religions**, [s. l.], v. 9, n. 31, p. 1-12, 2018. DOI: <https://doi.org/10.3390/rel9010031>. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2077-1444/9/1/31>. Acesso em: 25 mar. 2021.

ESPERANDIO, M. R. G. *et al.* Envelhecimento e espiritualidade: O papel do coping espiritual/religioso em pessoas idosas hospitalizadas. **Interação em psicologia**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 268-280, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.65381>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/65381/39271>. Acesso em: 24 out. 2022.

FARINASSO, A. L. C.; LABATE, R, C. Luto, religiosidade e espiritualidade: um estudo clínico-qualitativo com viúvas idosas. **Rev. Eletr. Enf**, Goiânia, v. 14, n. 3, p. 588-595, 2012. DOI: /10.5216/ree.v14i3.14453. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14453/13426>. Acesso em: 24 out. 2022.

FERRALES, L. L. *et al.* What bereaved parents want health care providers to know when their babies are stillborn: a community-based participatory study. **BMC Psychology**, [s. l.], v. 8, n.18, p. 1-8, 2020. DOI: 10.1186/s40359-020-0385-x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7027220/>. Acesso em: 24 mar. 2021.

FLENADY, V. Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**, [s. l.], v. 121, n. 4, p. 137-140, 2014. DOI: 10.1111/1471-0528.13009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25236648/>. Acesso em: 26 mai. 2023.

FRANCO, C; TORRES, V. R. Religião, morte e políticas públicas de saúde: cientistas das religiões na elaboração dos processos de luto. **Revista Eletrônica Correlatio**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 255-282, 2017. DOI: <https://doi.org/10.15603/1677-2644/correlatio.v16n2p255-282>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/COR/article/view/8425/6144>. Acesso em: 29 mai. 2023.

FRANÇA, E. B. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Rev Bras Epidemiol**, [s. l.], v. 20, n. 01, p. 46-60, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PyFpwMM3fm3yRcqZJ66GRky/>. Acesso em: 4 mai. 2023.

GONÇALVES, B. I. V.; BARBOSA, A. M. S. C.; SIMÕES, I. A. R. Vivência da religiosidade após aborto espontâneo. **Enfermagem Brasil**, Itajubá, v. 21, n. 4, p. 430-441, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v21i4.5063>. Disponível em: <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/5063/8135>. Acesso em: 24 abr 2023.

GONÇALVES, P. C; BITTAR, C. M. L. Estratégias de enfrentamento no luto. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 39-44, 2016. DOI: <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v24n1p39-44>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6017/5352>. Acesso em: 26 mai. 2023.

HAWTHORNE, D. M.; YOUNGBLUT, J. M.; BROOTEN, D. Parent Spirituality, Grief, and Mental Health at 1 and 3 Months After Their Infant's/Child's Death in an Intensive Care Unit. **J Pediatr Nurs**. Pitman, v. 31, n. 1, p. 73-80, 2016. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.07.008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4975148/>. Acesso em: 25 mar. 2021.

IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística. Tabela 2679 – Nascidos vivos, por ano de nascimento, idade da mãe na ocasião do parto, sexo e lugar do registro. **Pesquisa Estatística do Registro Civil 2019**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2679#resultado>. Acesso em: 24 mar. 2021.

IBGE - Instituto brasileiro de geografia e estatística. Tabela 2992 – Óbitos fetais, ocorridos no ano, por mês de registro, sexo, local de nascimento, número de nascidos por parto, idade da mãe na ocasião do parto, duração da gestação e lugar de nascimento e residência da mãe. **Pesquisa Estatística do Registro Civil 2019**. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2992#resultado>. Acesso em: 24 mar. 2021.

INSTITUTO DO LUTO PARENTAL. **Políticas Públicas**. Pinheiros, ca. 2021. Organização sem fins lucrativos. Disponível em: <https://www.institutodolutoparental.org/politicas-publicas>. Acesso em: 26 mai. 2023.

KALU, F. Women's Experiences of Utilizing Religious and Spiritual Beliefs as Coping Resources After Miscarriage. **Multidisciplinary Digital Publishing Institute**, Irlanda, v. 10, n. 3, 2019. DOI: 10.3390/rel10030185. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/331706961\\_Women's\\_Experiences\\_of\\_Utilizing\\_Religious\\_and\\_Spiritual\\_Beliefs\\_as\\_Coping\\_Resources\\_After\\_Miscarriage](https://www.researchgate.net/publication/331706961_Women's_Experiences_of_Utilizing_Religious_and_Spiritual_Beliefs_as_Coping_Resources_After_Miscarriage). Acesso em: 24 abr. 2023.

KERSTING, A.; WAGNER, B. Complicated grief after perinatal loss. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 187-194, 2012. DOI: 10.31887/DCNS.2012.14.2/akersting. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22754291/>. Acesso em: 26 maio. 2023.

KOENIG, H. G. *et al.* Religion index for psychiatric research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. **Am J Psychiatry**, [s. l.], v. 154, n. 6, p. 885-886, 1997. DOI: 10.1176/ajp.154.6.885b. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9167530/>. Acesso em: 25 mar. 2021.

LIMA, M. C.; ARAÚJO, A. H. I. M.; MENDES, M. I. O. I. A influência dos cuidados de enfermagem e a equipe multiprofissional no luto da família: uma revisão da literatura. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, [s. l.], v. 3, n.7, p. 516-534, 2020. DOI: 10.5281/zenodo4277982. Disponível em: <http://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/80>. Acesso em: 26 abr. 2023.

LE MOS, L. F. S.; CUNHA, A. C. B. Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 35, n. 4, p. 1120-1138, 2015. DOI: 10.1590/1982-3703001582014. Disponível em: [scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/?format=pdf](http://scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/?format=pdf). Acesso em: 26 abr. 2023.

LOPES, B. G. *et al.* Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. **Revista Rene**, [s. l.], v. 18, n. 3, p. 307-313, 2017. DOI: 10.15253/2175-6783.2017000300004. Disponível em: [Dialnet-LutoMaterno-8082160.pdf](http://dialnet-luto-materno-8082160.pdf). Acesso em: 26 abr. 2023.

LOPES, B. G. *et al.* Sentimentos maternos frente ao óbito perinatal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], v. 13, p. 1493–1498, 2021. DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.10213. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10213>. Acesso em: 23 abr. 2023.

LUCCHETTI, G. *et al.* Validation os the Duke Religion Index: DUREL (Portuguese version). **Journal of religion and health**, [s. l.], v. 51, n. 2, p. 579-86, 2012. DOI: 10.1007/s10943-010-9429-5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21107911/>. Acesso em: 10 abr. 2021.



MARTINS, K. C. S.; SILVA, M. G. V. Entre o bebê imaginário e o real: a elaboração do luto materno frente ao filho com necessidades especiais. **LUMEN**, Recife, v. 29, n. 1, p. 97-108, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.24024/23579897v29n12020p970108>. Disponível em: [https://publicacoes.fafire.br/diretorio/lumen/lumen\\_v29n1\\_a07.pdf](https://publicacoes.fafire.br/diretorio/lumen/lumen_v29n1_a07.pdf). Acesso em: 27 mar. 2021.

MOREIRA-ALMEIDA, A. *et al.* Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke – DUREL. **Revista de Psiquiatria Clínica**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 31-32, 2008. DOI: [/10.1590/S0101-60832008000100006](https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000100006). Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n1/v35n1a06.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

MUZA, J. C. *et al.* Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 34-48, 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872013000300003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300003). Acesso em: 27 mar. 2021.

OLIVEIRA, M. T. S. Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, [s. l.], v. 20, n. 02, p. 373-384, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tX8xjD4L48d5wRfPnfY6RkF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 mai. 2023.

PACHECO, V. C. *et al.* As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde debate**, [s. l.], v. 42, n. 116, p. 125-137, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811610>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/M54gMHgH4FwvmN9k7zRkZXJ/?lang=pt>. Acesso em: 4 mai. 2023.

PARIS, G.F. **Luto por óbito fetal: estudo comparativo entre Brasil e Canadá**. (135f.). Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientador: Sandra Marisa Pelloso. Maringá, 2015. Disponível em: <http://repositorio.uem.br:8080/jspui/bitstream/1/2277/1/000222278.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021.

PARIS, G. F; MONTIGNY, F; PELLOSO, S. M. ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL E EVIDÊNCIAS DE VALIDAÇÃO DA PERINATAL GRIEF SCALE. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 1, e5430015, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017005430015>. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt\\_0104-0707-tce-26-01-e5430015.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce-26-01-e5430015.pdf). Acesso em: 25 mar. 2021.

PARIS, G. F; MONTIGNY, F; PELLOSO, S. M. Fatores associados ao estado de luto após óbito fetal: estudo comparativo entre brasileiras e canadenses. **Rev Esc Enferm USP**, [s. l.], v. 50, n. 04, p. 546-553, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mg83ySsNMzN4Wf6kkVxLhrx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 mai. 2023.

PARENTE, N.T. **A influência do coping religioso-espiritual na qualidade de vida de pais e mães, após a perda de um(a) filho(a) por causas externas**. Dissertação (Mestrado em Psicologia: Psicologia Clínica) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/bitstream/handle/20611/2/Natasha%20Torlay%20Parente.pdf>. Acesso em: 18 maio. 2023.

PARKES, C. M. **Love and loss: the roots of grief and its complications**. London: Routledge; 2009.

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. DOI: <https://doi.org/10.1007/BF00962697>. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00962697>. Acesso em: 25 mar. 2021.

PRIGERSON, H. G. *et al.* Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11. **Plos Medicine**, San Francisco, v. 6, n. 8, p. 1-12, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.100012>. Acesso em: 25 mar. 2021.

PUEYO, E. P. *et al.* Nursing interventions for perinatal bereavement care in neonatal intensive care units: A scoping review. **International Nursing Review**, [s. l.], v. 68, n. 1, p. 122-137, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12659>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12659>. Acesso em: 4 mai. 2023.

ROCHA, L. **Cuidados à mulher que vivencia o óbito fetal: um desafio para equipe de enfermagem**. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/175100>. Acesso em: 25 abr. 2023.

SCOTT, J. Stillbirths: breaking the silence of a hidden grief. **The Lancet**, London, v. 377, p. 1386-1388, 2011. DOI: 10.1016/s0140-6736(11)60107-4. Disponível em: [https://sci-hub.se/10.1016/s0140-6736\(11\)60107-4](https://sci-hub.se/10.1016/s0140-6736(11)60107-4). Acesso em: 25 mar. 2021.

SOARES, A. M; CANÇADO, F. M. A. A. Perfil De Mulheres Com Perda Gestacional. **Rev Med Minas Gerais**, [s. l.], v. 28: e-1930, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20180072>. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/2356#>. Acesso em: 4 mai. 2023.

TEIXEIRA, M. L. *et al.* A assistência da enfermeira após perda perinatal: o luto após o parto. Research, **Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 3, e26510313106, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13106>. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/350166142\\_A\\_assistencia\\_da\\_enfermeira\\_apos\\_perda\\_perinatal\\_o\\_luto\\_apos\\_o\\_parto](https://www.researchgate.net/publication/350166142_A_assistencia_da_enfermeira_apos_perda_perinatal_o_luto_apos_o_parto). Acesso em: 4 mai. 2023.

TOEDTER, J. L; LASKER, K. N; HETTIE, J. J. E. M. International comparison of studies using the perinatal grief scale: a decade of research on pregnancy loss. **Death Studies**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 205-228, 2001. DOI: 10.1080/07481180125971. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11785540/>. Acesso em: 4 mai. 2023.

TRINTINALHA, M. O. *et al.* Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal. **Medicina (Ribeirão Preto)**, [s. l.], v. 54, n. 1, p. e174765, 2021. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.174765. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174765>. Acesso em: 24 out. 2022.

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Espiritualidade e religiosidade como forma de enfrentamento do luto perinatal”, sob a responsabilidade das pesquisadoras Luana Araújo Macedo Scalia (Docente/UFU) e Ludmila Rezende da Silva (Discente/UFU). Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar se espiritualidade/religiosidade pode ser utilizada como estratégia de enfrentamento ao luto perinatal. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será aplicado pela pesquisadora Ludmila Rezende da Silva e será preenchido em formulário online de acordo com sua disponibilidade. Na sua participação, você irá responder um questionário sobre sua situação sociodemográfica e clínica e quatro instrumentos também em formato de questionários, sendo eles: Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL); Escala CER-Breve – 14 – (Escala de Coping Espiritual- Religioso – 14 itens); Escala de Luto Perinatal (ELP) e a Escala de depressão pós-parto de Edimburgo (EDPS). Os questionários totalizam 96 questões e estima-se que você irá ocupar cerca de 20 minutos para responde-las. Após a coleta dos questionários os dados entrarão em uma planilha para serem analisados. Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. Havendo algum dano decorrente da pesquisa, você terá direito a solicitar indenização através das vias judiciais (Código Civil, Lei 10.406/2002, Artigos 927 a 954 e Resolução CNS nº 510 de 2016, Artigo 19). Os riscos consistem em desconforto ao responder às perguntas. Serão tomadas as seguintes medidas de precaução aos riscos: o questionário será identificado por números e não pelo nome da mulher participante, a fim de manter o anonimato; a qualquer momento a participante poderá desistir de responder o questionário; todos os participantes receberão esclarecimento sobre a pesquisa e seus objetivos e as respostas e dados coletados serão confidenciais. Os benefícios serão que a partir dessas informações será possível permitir aos profissionais de saúde a adoção de estratégias para o enfrentamento ao luto, abrindo o diálogo para facilitar o processo de enfrentamento daqueles que passam por essa experiência, rompendo paradigmas limitantes para a manutenção adequada da saúde. Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados da pesquisa. Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com Luana Araújo Macedo Scalia pelos telefones (34) 99993-8083 ou (34) 3225-8603, na Universidade Federal de Uberlândia, Campus Umuarama – Bloco 2U, Av. Pará, 1720 – Bairro Umuarama, Uberlândia – MG. CEP 38400-902. Para obter orientações quanto aos direitos dos participantes de pesquisa acesse a cartilha no link: [https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha\\_Direitos\\_Eticos\\_2020.pdf](https://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/conep/documentos/Cartilha_Direitos_Eticos_2020.pdf). Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, campus Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131 ou pelo e-mail [cep@propp.ufu.br](mailto:cep@propp.ufu.br). O CEP é um colegiado independente

criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Uberlândia, ..... de ..... de 20.....

---

Assinatura do(s) pesquisador(es) Eu aceito participar do projeto citado acima,  
voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

---

Assinatura do participante da pesquisa



Houve perdas anteriores? 1-( <input type="checkbox"/> ) Não 2-( <input type="checkbox"/> ) Sim Se sim, quantas? _____ Foi um abortamento: 1-( <input type="checkbox"/> ) Espontâneo 2-( <input type="checkbox"/> ) Por interrupção 3-( <input type="checkbox"/> ) Óbito fetal 4-( <input type="checkbox"/> ) Óbito neonatal
Parto cesárea: 1-( <input type="checkbox"/> ) Não 2-( <input type="checkbox"/> ) Sim
Parto vaginal: 1-( <input type="checkbox"/> ) Não 2-( <input type="checkbox"/> ) Sim
<b>Espiritualidade e Religiosidade</b>
Religião: 1-( <input type="checkbox"/> ) Católica 2-( <input type="checkbox"/> ) Evangélica 3-( <input type="checkbox"/> ) Espírita 4-( <input type="checkbox"/> ) Umbanda 5-( <input type="checkbox"/> ) Candomblé 6-( <input type="checkbox"/> ) Judaica 7-( <input type="checkbox"/> ) Nenhuma 8-( <input type="checkbox"/> ) Outra. Qual? _____
De zero a dez, o quanto a religião é importante para você?
De zero a dez, o quanto a religião foi importante no processo do luto?
Você recebeu apoio após a perda? 1-( <input type="checkbox"/> ) Não 2-( <input type="checkbox"/> ) Sim

## **ANEXO A - ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE (P-DUREL)**

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

*A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.*

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade



## ANEXO B - ESCALA DE COPING ESPIRITUAL-RELIGIOSO (CER-BREVE – 14)

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Escolha o número que melhor representa **o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com uma situação de estresse**. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita). Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) Nem um pouco (2) Um pouco (3) Mais ou menos (4) Bastante (5) MUITÍSSIMO

Se você **não** tentou, **nem um pouco** dar sentido à situação através de Deus, selecione o número (1).

Se você tentou **um pouco**, selecione o número (2).

Se você tentou **mais ou menos**, selecione o número (3).

Se você tentou **bastante**, selecione o número (4).

Se você tentou **muitíssimo**, selecione o número (5).

**Lembre-se: Não há opção certa ou errada! Marque só uma alternativa em cada questão.**

		Nem um pouco/não se aplica	Um pouco	Mais ou menos	Bastante	MUITÍSSIMO
1	Procurei uma ligação maior com Deus.	1	2	3	4	5
2	Procurei o amor e a proteção de Deus.	1	2	3	4	5
3	Busquei ajuda de Deus para livrar-me da minha raiva.	1	2	3	4	5
4	Tentei colocar meus planos em ação com a ajuda de Deus.	1	2	3	4	5
5	Tentei ver como Deus poderia me fortalecer nesta situação.	1	2	3	4	5
6	Pedi perdão pelos meus erros ou pecados.	1	2	3	4	5
7	Foquei na religião para parar de me preocupar com meus problemas.	1	2	3	4	5
8	Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado.	1	2	3	4	5
9	Senti-me punido por Deus pela minha falta de fé.	1	2	3	4	5
10	Fiquei imaginando o que eu fiz para Deus me castigar.	1	2	3	4	5
11	Questionei o amor de Deus por mim.	1	2	3	4	5
12	Fiquei imaginando se meu grupo religioso tinha me abandonado	1	2	3	4	5

<b>13</b>	Cheguei a conclusão que forças do mal atuaram para isso acontecer.	1	2	3	4	5
<b>14</b>	Questionei o poder de Deus.	1	2	3	4	5

### ANEXO C - ESCALA DE LUTO PERINATAL (ELP)

		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
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		3	4	5
6	Sinto muita falta do bebê	1	2	3	4	5
7	É doloroso lembrar memórias da perda	1	2	3	4	5
8	Fico incomodada quando penso no bebê	1	2	3	4	5
9	Quando choro 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	1	2	3	4	5

	perda					
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 comente 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 pela	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