

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ISABELLA RODRIGUES CARDOSO

**O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE NA DEPRESSÃO EM MULHERES QUE  
VIVENCIARAM UMA PERDA GESTACIONAL OU INFANTIL**

UBERLÂNDIA - MG

2024

ISABELLA RODRIGUES CARDOSO

**O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE NA DEPRESSÃO EM MULHERES QUE  
VIVENCIARAM UMA PERDA GESTACIONAL OU INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel e licenciado em Enfermagem.

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

UBERLÂNDIA - MG

2024

ISABELLA RODRIGUES CARDOSO

**O IMPACTO DA RELIGIOSIDADE NA DEPRESSÃO EM MULHERES QUE  
VIVENCIARAM UMA PERDA GESTACIONAL OU INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel e licenciado em Enfermagem.

Uberlândia, 16 de abril de 2024.

Banca examinadora:

---

Profª. Dra. Luana Macedo Araújo Scalia (FAMED-UFU)

---

Profª. Dra. Lívia Ferreira Oliveira (FAMED-UFU)

---

Prof. Dr. Sebastião Elias da Silveira (FAMED-UFU)

## AGRADECIMENTOS

Queridos pais, irmão, amigos e companheiro neste momento de reflexão e gratidão, aproveito a oportunidade para expressar os fragmentos do profundo sentimento de apreço que nutro por cada um de vocês. O apoio incondicional, compreensão e presença amorosa foram pilares fundamentais que me sustentaram ao longo dessa caminhada desafiadora. Em momentos de incerteza, vocês estiveram ao meu lado, oferecendo palavras de incentivo, gestos de carinho e o conforto do seu afeto. As palavras de incentivo, encorajamento e fé mantiveram minha consciência iluminada, permitindo que eu avançasse com serenidade, segurança e assim pudesse perseverar diante os percalços e crescer sem hesitação. E esses vínculos calorosos me presenteiam com o sentimento mais bonito de todos, que é o de enriquecimento da minha história.

À querida Profa Luana agradeço pela sua inestimável e perspicaz orientação. Desde o início, acolheu-me com gentileza e me guiou com sabedoria em um tema tão delicado e significativo. Sua dedicação, sensibilidade e entusiasmo pela pesquisa me inspiraram e me incentivaram a buscar a excelência em cada etapa do processo. Agradeço por me apresentar ao rigor da pesquisa científica e por me inspirar a buscar respostas para questões que impactam a vida de tantas mulheres. Ao dedicar este trabalho à você, reconheço a profunda influência que teve em minha formação como profissional e como ser humano. Sua generosidade, conhecimento e empatia são imensuráveis. Obrigado por acreditar em mim e no potencial deste trabalho, e por seu comprometimento em torná-lo uma contribuição relevante para a área.

À estimada banca examinadora composta pelos professores Livia e Sebastião, é com grande honra que submeto meu trabalho à avaliação de profissionais tão renomados e inspiradores, que dedicam suas carreiras à busca de conhecimento e à formação de novos profissionais. Aprecio o tempo dedicado à leitura e avaliação deste trabalho. Sua expertise e rigor científico contribuem para o aprimoramento da pesquisa e para a minha formação como profissional. Cada um de vocês representa uma fonte de inspiração em minha trajetória acadêmica. O contato com vocês me proporcionaram valiosas ferramentas para o desenvolvimento intelectual, interpessoal e para a construção de uma visão crítica, humanizada e reflexiva sobre a profissão de enfermagem. Agradeço a oportunidade de apresentar meu trabalho com vocês.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>10</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL).....</b>	<b>13</b>
<b>3.3 Escala de Coping Espiritual-Religioso (CER-Breve – 14).....</b>	<b>14</b>
<b>3.4 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS).....</b>	<b>15</b>
<b>3.5 Análise de dados.....</b>	<b>16</b>
<b>4 RESULTADOS.....</b>	<b>18</b>
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>26</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## RESUMO

**Introdução:** A gravidez é um período de intensa conexão emocional para as mulheres, envolvendo criação de vínculos e expectativas sobre o bebê. Contudo, eventos inesperados como a morte fetal interrompem com esse planejamento, delineando uma tragédia que pode levar ao luto complicado e a sintomas depressivos. Após uma perda gestacional ou infantil, as mulheres enfrentam desafios emocionais, assumindo a gestão de suas emoções em meio a falta de reconhecimento do luto e à carência de espaços para expressar sua dor. Desse modo, a vivência do luto emerge como resposta afetiva natural e esperada, configurando-se em um processo singular e complexo. Estudos indicam que a religiosidade pode ser um recurso importante no enfrentamento do luto, proporcionando conforto, reconstrução e ressignificação da vida. No entanto, a forma como essas crenças são vivenciadas e interpretadas pode variar, influenciando positiva ou negativamente na saúde mental. **Objetivo:** Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e religiosidade/espiritualidade nos sintomas de depressão em mulheres que vivenciaram a perda gestacional ou infantil. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, seccional, de abordagem quantitativa com 71 mulheres participantes de grupos de apoio ao luto perinatal *online*, utilizando plataformas como *Google Meet*, *WhatsApp*, *E-mail* e *Instagram*. Foram aplicados os seguintes questionários: Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica; Índice de Religiosidade da Universidade Duke, Escala de Coping Espiritual-Religioso e a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. A influência simultânea de todas as variáveis foi analisada por meio de regressão linear múltipla. **Resultados:** A amostra foi composta por 71 mulheres, sendo que 52 (73,2%) tiveram perda gestacional e 19 (26,8%) infantil. Segundo os critérios de classificação da EPDS, 50 mulheres (70,4%) apresentaram pontuação compatível com provável depressão pós-parto. O tempo decorrido desde a perda foi um preditor importante para a depressão, com maiores pontuações associadas a perdas mais precoces. A religiosidade organizacional teve um efeito significativo na redução dos sintomas de depressão, podendo funcionar como um fator de proteção. Enquanto o coping religioso negativo correlacionou-se com o aumento de índices de depressão, evidenciando o impacto psicológico do uso negativo da religião como mecanismo de enfrentamento. **Conclusão:** A comunicação empática e o suporte familiar e social são fundamentais na superação do luto, enquanto o despreparo dos profissionais de saúde pode agravar o sofrimento das famílias enlutadas. Compreender o papel da religião e do apoio social é essencial para a criação de intervenções eficazes na recuperação emocional das mulheres enlutadas, promovendo uma assistência mais integral e que mobilize o respeito e a empatia diante da diversidade de experiências e estratégias de enfrentamento do luto.

**Palavras-chave:** Luto Materno. Depressão Pós Parto. Religiosidade. Espiritualidade. Grupos de apoio. Assistência de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pregnancy is a period of intense emotional connection for women, involving bonding and expectations about the baby. However, unexpected events such as fetal death interrupt this planning, outlining a tragedy that can lead to complicated grief and depressive symptoms. After a pregnancy or infant loss, women face emotional challenges, taking on the management of their emotions amid a lack of recognition of their grief and a lack of space to express it. In this way, the experience of mourning emerges as a natural and expected affective response, becoming a unique and complex process. Studies indicate that religiosity can be an important resource in coping with bereavement, providing comfort, reconstruction and a new meaning to life. However, the way in which these beliefs are experienced and interpreted can vary, influencing mental health positively or negatively. **Objective:** To analyze the influence of sociodemographic variables and religiosity/spirituality on symptoms of depression in women who have experienced gestational or infant loss. **Methodology:** An observational, cross-sectional, quantitative study was carried out with 71 women participating in online perinatal bereavement support groups, using platforms such as Google Meet, WhatsApp, E-mail and Instagram. The following questionnaires were administered: Sociodemographic and clinical characterization questionnaire; Duke University Religiosity Index, Spiritual-Religious Coping Scale and the Edinburgh Postpartum Depression Scale. The simultaneous influence of all the variables was analyzed using multiple linear regression. **Results:** The sample consisted of 71 women, of whom 52 (73.2%) had a gestational loss and 19 (26.8%) an infant loss. According to the EPDS classification criteria, 50 women (70.4%) had a score compatible with probable postpartum depression. The length of time since the loss was an important predictor of depression, with higher scores associated with earlier losses. Organizational religiosity had a significant effect on reducing symptoms of depression, and may function as a protective factor. Negative religious coping, on the other hand, was correlated with an increase in depression scores, highlighting the psychological impact of the negative use of religion as a coping mechanism. **Conclusion:** Empathetic communication and family and social support are fundamental in overcoming bereavement, while the lack of preparation on the part of health professionals can aggravate the suffering of bereaved families. Understanding the role of religion and social support is essential for creating effective interventions for the emotional recovery of bereaved women, promoting more comprehensive care that mobilizes respect and empathy in the face of the diversity of experiences and coping strategies.

**Keywords:** Maternal Bereavement. Postpartum Depression. Religiosity. Spirituality. Support Groups. Nursing Care.

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez contempla um período singular na vida da mulher, caracterizado pela criação de representações, idealizações e planejamentos sobre o bebê que está para nascer. Por conseguinte, a formação do vínculo mãe-bebê e da identidade materna evidenciam-se como aspectos fundamentais desse fenômeno. Além de suas transformações físicas, a gestação permeia as esferas emocionais, psicológicas e sociais materna, em que percepções como nascimento, vida, felicidade e esperança são constantemente mobilizadas (MUZA et al., 2013).

Deste modo, para a mulher que almeja a maternidade, o nascimento do filho e o desejo de acolher o mesmo em seus braços corresponde ao ápice da gravidez e a um momento de plenitude. Contudo, a gestação também pode ser marcada por eventos inesperados que resultam na morte fetal e assim, rompem com a possibilidade de exercer o papel maternal. A perda envolve não apenas a ausência do bebê, mas também as construções e expectativas que foram formadas em torno dele, e o que era antecipado com alegria transforma-se em uma dor tangível (OLIVEIRA, 2020).

O óbito fetal é caracterizado quando o feto, mesmo antes da completa expulsão ou extração do corpo da mãe, não apresenta sinais vitais como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos musculares voluntários. A ocorrência do óbito fetal pode ocorrer em distintas fases do desenvolvimento gestacional, e é categorizado em precoce, intermediário e tardio (BRASIL, 2011).

A perda fetal precoce, vinculada a casos de aborto, abrange o período de concepção até a 20ª semana gestacional. A fase intermediária ocorre entre a 20ª e a 28ª semana de gestação. Por sua vez, a perda fetal tardia refere-se a casos em que a idade gestacional é igual ou superior à 28ª semana. A morte infantil envolve o período neonatal, sendo classificado em precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias ou mais) (BRASIL, 2009).

A cada ano, aproximadamente 2,6 milhões de óbitos fetais ocorrem em todo o mundo, dos quais estima-se que a maioria dos óbitos fetais esteja relacionado a causas preveníveis (GIRALDI et al., 2019). Os fatores de risco como obesidade, uso de drogas, idade materna avançada, tabagismo, hipertensão, diabetes, eclâmpsia, infecções, complicações placentárias (estenose de cordão, placenta prévia, trauma no nascimento), estão diretamente relacionados a um maior risco de morte fetal (Corrêa et al., 2021).



Giraldi et al. (2019) discutem que cerca de 60% dos óbitos fetais ocorrem sem uma causa determinada. Já em relação à mortalidade infantil, as principais causas são prematuridade, anomalias congênitas, hipóxia, asfixia, termorregulação ineficaz conforme aponta (FRANÇA; 2017).

A etiologia do aborto espontâneo pode ser agrupada em hereditária e não hereditária. Dentre os fatores hereditários pontua-se as anormalidades cromossômicas, mutações e polimorfismos genéticos. Enquanto isso, os fatores não hereditários abrangem aspectos sociodemográficos como idade materna, escolaridade, renda, estado de saúde, estilo de vida, histórico gestacional de aborto prévio ou casona família, atividade laboral excessiva, infecções como rubéola, toxoplasma e vaginose bacteriana, além de causas hormonais (OLIVEIRA, 2020).

Segundo Lopes (2019), a perda de um filho, ocorrida antes ou após o nascimento, perturba a ordem natural do ciclo da vida, delineando uma tragédia que impacta profundamente toda a dinâmica familiar. Diante a ruptura de um vínculo, a vivência do luto emerge como resposta afetiva natural e esperada, configurando-se em um processo dinâmico e complexo.

Sua interpretação é intrinsecamente individual, subjetiva, contextual e depende de fatores como estrutura psicológica, suporte social disponível, história de vida do enlutado, suas crenças e os significados atribuídos à perda. Portanto, não devem ser esperadas reações similares pelas gestantes (MENDONÇA, 2018). O período de luto tende a ser enfrentado de maneira mais intensa e angustiante pela mulher, visto que ela nutriu uma experiência interna de “tornar-se mãe”, e ao atravessar o mesmo vivencia a perda de uma parte vital de si mesma, sentindo-a fisicamente e psicologicamente (HILL et al., 2017).

Ademais, muitas mães enlutadas sentem que apenas elas compreendem a intensidade da dor que enfrentam. Neste sentido, ocorre um abalo na autoestima acompanhado pelo sentimento de culpa, solidão e a sensação de falha na proteção que ela esperava proporcionar à criança. Isso conduz a uma preocupação sobre sua eficácia em desempenhar seu papel biológico de gerar filhos (RODRIGUES et al., 2020).

Schutzer (2014) corrobora com essa ideia ao afirmar que a mulher que passa por esse momento enfrenta um choque emocional que desencadeia sentimentos como raiva, vergonha, vazio, desamparo, impotência, descrença em relação ao futuro e desvalorização pessoal. A presença de sintomas psicológicos se manifesta através de profunda tristeza, ansiedade, pânico, fobias, despersonalização, depressão e até pensamentos suicidas (HILL et al., 2017).

O luto, em sua forma natural, representa um processo complexo de adaptação à perda. No entanto, ele pode se tornar um processo de incapacidade prolongada e angustiante de restaurar um sentido de continuidade com a vida, configurando o chamado luto complicado. Essa condição, recentemente introduzida como um transtorno mental na seção dos diagnósticos 5ª e última edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) exige atenção especial, visto que há uma relevante correlação entre o luto complicado e sintomas depressivos (SALLOUM et al., 2017; PARIS; MONTIGNY; PELLOSO, 2017).

Os sintomas que compõem esta perturbação têm elementos que se exteriorizam pelo estresse da separação, raiva, acusação ou culpa, ato de chorar, estresse pós-traumático, descrença, impossibilidade de pensar em outras coisas para além da perda e desconexão com os outros. Estes sintomas estão fortemente associados a uma maior predição de depressão nos indivíduos enlutados (FRUMKIN et al. 2021). Segundo Rodrigues (2020), a cada ano, cerca de 2 milhões de mulheres enfrentam sintomas de depressão pós-natal em decorrência de uma perda perinatal.

A capacidade de reorganização após a perda é influenciada, em grande medida, pela antecipação da elaboração do luto, reconhecimento do luto e da presença de redes de apoio que oferecem um suporte emocional, prático e espiritual. Uma rede de apoio forte e resiliente pode ser decisiva na superação do luto e na redução dos sintomas de depressão, possibilitando que o indivíduo encontre o caminho para a reconstrução e progressão da vida (GONÇALVES; BITTAR, 2016).

Somado a isso, a religiosidade/espiritualidade se apresentam como ferramentas cognitivas para compreender o sentido da morte, propósito de vida e como lidar com as adversidades (MENDONÇA, 2021). Portanto, torna-se um componente relevante a ser considerado como uma potencial estratégia de apoio à recuperação de indivíduos afetados pela depressão, auxiliando na redução dos sintomas de luto e na capacidade de realizar os ajustes necessários na vida (HAWTHORNE; YOUNGBLUT; BROOTEN, 2017).

Este estudo tem como objetivo analisar a influência da religiosidade no desenvolvimento na incidência de depressão em mulheres que sofreram perdas gestacionais ou infantis. A pesquisa se debruça sobre o coping religioso/espiritual, investigando como a crença e a prática religiosa/espiritual influenciam os mecanismos de enfrentamento utilizados por mulheres em luto para lidar com o sofrimento e a depressão. Por conseguinte, a compreensão desse mecanismo é crucial para o desenvolvimento de intervenções eficazes e promoção do bem-estar mental dessa população.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e religiosidade/espiritualidade nos sintomas de depressão em mulheres que vivenciaram a perda gestacional ou infantil.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar as mulheres participantes do estudo quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas;
- b) Determinar escores de religiosidade e de coping religioso-espiritual positivo e negativo;
- c) Verificar a prevalência de depressão baseado na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional, seccional e de abordagem quantitativa. A coleta de dados, desenvolvida entre outubro de 2021 e julho de 2022, teve como foco mulheres que participaram de grupos de apoio *online* ao luto perinatal. Dentro deste contexto, a Casa Manacá consolidou-se em um projeto social de grande relevância para o desenvolvimento da pesquisa. Em março de 2021, a Casa Manacá foi fundada em Uberlândia, Minas Gerais, com o objetivo de prestar apoio e acolhimento às famílias e pessoas vítimas de perdas neonatais, gestacionais e infantis.

Já no mês de maio de 2021, a Casa Manacá expandiu sua atuação para o ambiente virtual com a criação de um perfil no *Instagram*. Essa iniciativa proporcionou um ponto de encontro virtual entre pessoas enlutadas e voluntários dispostos a oferecer apoio durante essa fase tão difícil. No mês seguinte, em junho, os primeiros encontros virtuais foram realizados, consolidando a formação de uma rede de apoio mútuo.

A rápida adesão de novas participantes fortaleceu o grupo, ampliando sua capacidade de acolher e auxiliar um público maior. A iniciativa, idealizada por Cecília Saconato, Isabela Prudente e Natália Mundim, supriu uma lacuna significativa na cidade, tornando-se um importante recurso de suporte para aqueles que enfrentam o luto perinatal.

Através de um grupo de *WhatsApp* a Casa Manacá proporciona um espaço para escuta ativa, compartilhamento de experiências, estabelecimento de conexões e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do luto. Também é disponibilizado palestras, eventos, reuniões de acolhimento e workshops com profissionais da área de saúde, no intuito de sensibilizar e capacitar sobre o luto perinatal. Deste modo, esta iniciativa atua juntamente de políticas públicas focando na humanização do luto gestacional, perinatal e infantil, sendo uma referência de apoio ao luto no Triângulo Mineiro.

Diante do exposto, para a captação das participantes que integraram a pesquisa, as plataformas digitais *Google Meet*, *WhatsApp*, *E-mail* e *Instagram* foram utilizadas como ferramentas para viabilizar a coleta de dados, a interação e a construção de um ambiente virtual seguro e privativo. A escolha pelo ambiente online se deu em decorrência da pandemia de COVID-19, que impôs medidas de distanciamento social e, por conseguinte, a necessidade de adaptação das metodologias de pesquisa. O estudo incluiu mulheres com mais de 18 anos

que vivenciaram perdas gestacionais, óbitos fetais, natimortos ou perdas de filhos até um ano de vida.

A seleção das participantes se deu por meio de amostra não probabilística por conveniência. As participantes foram contatadas por meio de uma abordagem individualizada via chat privado no *WhatsApp*. Desta forma, o *WhatsApp* se configurou como uma plataforma familiar e acessível para elas, facilitando o contato e a participação no estudo. No ambiente virtual do estudo, os objetivos da pesquisa foram apresentados de forma clara e objetiva, utilizando linguagem acessível e adequada ao público-alvo.

A explicação visou garantir a compreensão das participantes sobre os objetivos, métodos, termos e os benefícios da pesquisa, assegurando a tomada de decisão autônoma e consciente quanto à sua participação. Aquelas que aceitaram colaborar com o estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Sendo este um documento que garante a ética na pesquisa científica e a proteção dos direitos das participantes. Após a leitura e entendimento do TCLE, as participantes que manifestaram interesse formalizaram a sua concordância por meio do preenchimento dos critérios de inclusão e da assinatura do TCLE.

Seguidamente receberam um convite informativo através do WhatsApp ou E-mail, contendo o link que direcionava para os seguintes questionários online estruturados no Google Forms: 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 Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS). A seleção dos instrumentos de coleta de dados foi realizada com base em uma revisão da literatura científica, priorizando instrumentos com evidências de validade e confiabilidade, a fim de garantir a qualidade e a precisão dos dados coletados.

### **3.1 Questionário de caracterização sociodemográfica e clínica**

A coleta de dados sociodemográficos e clínicos permite uma análise multifacetada dos fatores que podem influenciar a experiência da perda gestacional ou infantil. Nesta perspectiva, o instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica foi cuidadosamente elaborado com o objetivo de traçar um perfil abrangente das participantes, contribuindo para a compreensão do fenômeno e para o desenvolvimento de intervenções mais eficazes.

Em vista disso, foram consideradas para o presente estudo variáveis que englobassem diferentes aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico, hábitos de vida, acompanhamento da gestação e da perda, experiência com a perda e aspectos religiosos das participantes. No que diz respeito ao perfil sociodemográfico, buscou-se conhecer a escolaridade, cor autorreferida; estado civil; condição laboral; renda familiar; número de dependentes da renda familiar; nível de relacionamento no momento da perda; prática de atividade física.

No âmbito dos hábitos de vida, foi investigado se a participante é fumante ou ex-fumante, bem como o consumo de álcool, avaliando a frequência e quantidade de ingestão de bebidas alcoólicas. Também foi averiguado o histórico de doenças preexistentes, como trombofilia, endometriose, hipertensão, diabetes, depressão, estresse pós-traumático e outras doenças, além da terapia medicamentosa, compreendendo as medicações utilizadas, como antidepressivos, ansiolíticos, anti-hipertensivos, antidiabéticos e outras.

Com relação ao contexto do acompanhamento da gestação e da perda, foi analisado o profissional que acompanhou a gestação, o tempo de vida da criança no momento da perda, se a perda ocorreu durante a gestação ou após o nascimento, o tempo decorrido desde a perda ( $< 2$  anos ou  $\geq 2$  anos) e as causas prevalentes da perda gestacional ou infantil.

Ademais, foi investigado o número de gestações anteriores, se a gestação foi planejada, se a participante já vivenciou outras perdas gestacionais ou infantis e o número de perdas precedentes. Por fim, no que tange aos aspectos religiosos, exploramos a religião declarada pelas participantes, se recebeu suporte após a perda, a relevância da religião na vida das participantes em uma escala de 0 a 10, bem como a importância da religião no processo de luto, também em uma escala de 0 a 10.

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

O Índice de Religiosidade da Universidade de Duke (P-DUREL) configura-se como um instrumento de pesquisa para a mensuração da religiosidade em indivíduos adultos. Desenvolvido por Koenig et al. (1997), o P-DUREL é amplamente empregado em pesquisas que exploram a ligação entre religiosidade e saúde. Seus resultados têm enriquecido a compreensão da interação entre fé, saúde e bem-estar. Notável por sua confiabilidade, validade e facilidade em ser aplicado, o instrumento se estabeleceu como uma ferramenta inestimável em estudos que investigam essa relação (TAUNAY et al., 2012).

Elaborado originalmente em inglês, o instrumento passou por tradução e validação para diversos idiomas, incluindo o português. Através de uma escala com cinco itens, o DUREL mensura três dimensões principais do envolvimento religioso que estão associadas a indicadores de saúde mental e suporte social. Estas dimensões são descritas como Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI) (MOREIRA-ALMEIDA et al., 2008).

A RO avalia o grau de engajamento do indivíduo em práticas religiosas dentro de uma comunidade ou instituição específicas tais como missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração, entre outros. A frequência com que a pessoa participa de tais encontros e atividades pode indicar o quanto a religião é importante em sua vida e como ela se conecta com um grupo de pessoas a partir de sua fé (CRES et al., 2015).

A RNO se concentra nas práticas religiosas que o indivíduo realiza de forma privada em seu próprio espaço e tempo, como oração, meditação, leitura de textos religiosos, ou ainda, o hábito de ouvir ou assistir a programas religiosos na televisão ou rádio. A frequência e o tipo de atividade podem revelar a relação pessoal que a pessoa tem com sua fé e como ela a incorpora em sua rotina diária (CRES et al., 2015).

A RI vai além da mera participação em práticas religiosas, focando na busca por um significado mais profundo e na vivência da fé como um valor central na vida. A religiosidade intrínseca pode estar relacionada a um senso de propósito, internalização de paz, plenitude e conexão com algo maior que si mesmo (CRES et al., 2015). Quanto ao processo de cálculo do escore do instrumento, é recomendado que os três domínios individuais não sejam somados para formar um único escore total. Em vez disso, sugere-se que sejam analisados separadamente (TAUNAY et al., 2012).

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

A Escala de Coping Espiritual-Religioso Breve (CER-Breve – 14) foi desenvolvida em 1997 por Kenneth I. Pargament, sendo posteriormente validada no Brasil, por Esperandio, et al. (2018). O termo "coping", frequentemente utilizado em inglês, pode ser traduzido como "enfrentamento" ou "lidar com" em português. À vista disso, o objetivo da escala é mensurar as diferentes estratégias e mecanismos de caráter religioso/espiritual que indivíduos

empregam como recursos para gerir e superar situações desafiadoras, estressantes ou traumáticas (ESPERANDIO et al., 2019).

Sendo assim, a escala é composta por 14 itens que verificam dois tipos de coping: o coping espiritual/religioso positivo (apresentando 7 itens) e o coping espiritual/religioso Negativo (também apresentando 7 itens). A CER-Breve – 14 sistematiza uma escala Likert de cinco pontos para avaliação, variando de "nem um pouco/não se aplica" a "muitíssimo". Os participantes respondem aos itens com base em uma situação específica de estresse e sofrimento, relatada anteriormente. A pontuação total e das subescalas fornece informações cruciais sobre o tipo de coping religioso-espiritual mais utilizado pelo indivíduo (ESPERANDIO et al., 2019; ESPERANDIO et al., 2018).

O coping espiritual/religioso positivo se caracteriza pela utilização construtiva de crenças e práticas espirituais/religiosas, no intuito de fortalecer a resiliência emocional, a esperança, a ressignificação e o bem estar (ESPERANDIO et al., 2019). Indivíduos que recorrem ao coping religioso/espiritual positivo tendem a buscar uma maior proximidade com Deus, refletindo a procura de uma conexão mais profunda com valores espirituais. Isso pode incluir a prática de rituais religiosos, a participação em comunidades, a busca de orientação espiritual e a reflexão sobre questões existenciais à luz de suas convicções religiosas (PARENTE, 2017).

Por outro lado, o coping espiritual/religioso negativo refere-se ao uso prejudicial de crenças ou práticas religiosas, resultando na distorção da fé, no aumento de conflitos internos e de questões existenciais. A raiva e a frustração direcionadas à divindade, acompanhadas de questionamentos sobre sua benevolência e justiça diante das adversidades, podem levar a sentimentos de abandono e distanciamento da própria fé e da comunidade religiosa. Essa abordagem pode também levar a pessoa a sentir-se culpada pela situação que enfrenta, acreditando que ela é decorrente de uma punição divina (PARENTE, 2017).

### **3.4 Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS)**

Desenvolvida em 1987 na Grã-Bretanha por Cox, Holden e Sagovsky, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EDPS) se destaca como um instrumento para a triagem e avaliação dos fatores de risco para o surgimento da depressão pós-parto (DPP). Sendo traduzida e validada para diversos idiomas, inclusive o português, a EDPS se caracteriza por



sua praticidade, confiabilidade e ampla aplicabilidade. O objetivo da escala é que seja simples, rápida e de fácil compreensão, podendo ser autoaplicada ou aplicada por terceiros (LIMA, et al. 2016).

Composta por 10 itens concisos e objetivos divididos em fatores de depressão e ansiedade, a EDPS permite que as mulheres realizem uma autoavaliação dos sintomas depressivos que podem estar presentes nos últimos 7 dias. Cada pergunta do questionário apresenta quatro opções de resposta, atribuídas a uma pontuação que varia de 0 a 3. A pontuação total vai diferir de acordo com a frequência e intensidade dos sintomas, como: humor deprimido; perda de prazer na vida; distúrbios no sono; declínio no desempenho de atividades diárias; sentimentos de culpa, medo e ansiedade. (LIMA, et al. 2016).

As entrevistadas são consideradas como do grupo de risco para desenvolver depressão, se a pontuação alcançada na EDPS for igual ou maior que 10. Nesse caso, elas serão incentivadas e encaminhadas ao tratamento adequado (LIMA, et al. 2016).

### **3.5 Análise de dados**

Após coletados, os dados foram organizados em uma planilha eletrônica do Microsoft Excel® e armazenados no programa IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 23.0, para análise. Para caracterizar as variáveis de interesse, foram aplicadas medidas estatísticas descritivas. Os dados sociodemográficos e quantitativos foram descritos por meio de frequência absoluta, frequência relativa, porcentagem, mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão.

As variáveis sociodemográficas foram dicotomizadas, ou seja, divididas em duas categorias para facilitar a análise. Essa dicotomização permite uma análise mais precisa e eficiente das variáveis. 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 da técnica de regressão linear múltipla. Essa escolha se justifica pela capacidade do modelo de fornecer coeficientes de regressão que indicam a força e a direção da associação entre cada variável independente e o desfecho principal. Sublinha-se que os pré-requisitos para a utilização de testes paramétricos foram cuidadosamente verificados com o objetivo de garantir a confiabilidade dos resultados obtidos.

Também, foi considerada a relevância para o critério de inclusão de variáveis preditoras. Essa abordagem garante que as variáveis escolhidas não apenas estejam relacionadas estatisticamente ao desfecho principal, mas também possuam significado teórico e prático em relação ao luto e suas diversas nuances.

Na análise de regressão com sete preditores e uma amostra de 71 participantes, o modelo atingiu um  $R^2=0,36$  e um poder estatístico de 93,50%. Esses resultados indicam que o modelo possui boa capacidade explicativa para o desfecho principal e que a amostragem foi suficiente para detectar efeitos significativos com um nível de significância de 5% ( $\alpha=0,05$ ).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) e aprovado com o número CAAE: 50851221.0.0000.5152. De acordo com o que é estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi conduzido sobre princípios éticos, assegurando a integridade física e emocional, a justiça, o respeito, a privacidade, a autonomia e o bem-estar de todos os participantes.

Para garantir a total autonomia e o pleno conhecimento dos participantes sobre sua participação na pesquisa em cada etapa do estudo, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## 4 RESULTADOS

A pesquisa contou com a participação de 71 mulheres, as quais foram caracterizadas em relação a diversos aspectos sociodemográficos e clínicos detalhados na Tabela 1. Evidencia-se que destas a maioria (N=57, 80,3%) possuía ensino superior completo ou incompleto. A cor autorreferida predominante foi branca (N=42, 59,2%). A idade média foi de 36,19 anos (DP=8,08), demonstrando uma população adulta jovem. Quanto ao estado civil, (N=61, 85,9%) das participantes se declararam casadas, evidenciando a prevalência de casamentos ou uniões estáveis entre as mulheres.

No âmbito profissional, a maior parte das participantes (N=59, 83,0%) estava empregada, demonstrando um alto índice de participação no mercado de trabalho. Além disso, (N=44, 62,0%) das famílias possuíam renda igual ou superior a 3 salários mínimos. Também observou-se que (N=62, 87,3%) das mulheres tinham entre 1 e 3 dependentes de sua renda.

A análise das perdas gestacionais revelou que a maioria (N=52, 73,2%) ocorreu durante a fase gestacional, com a causa mais frequente sendo as complicações durante a gestação (N=17, 23,8%). A religiosidade se configurou como um aspecto relevante na vida das participantes, com (N=21, 29,6%) se identificando como espíritas, seguida de (N=18, 25,4%) como evangélicos e (N=18, 25,4%) católicos. Após a perda gestacional, uma proporção significativa das mulheres informou ter recebido apoio (N=62, 87,3%).

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

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<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
≥ 3 salários mínimos	44	62
<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
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	33	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
≥ 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

**Perdas anteriores?**

Sim	18	25,4
Não	51	71,8
Não responderam	2	2,8

**Se sim para a pergunta anterior, quantas?**

Uma	13	18,3
Duas	5	7
Três a quatro	2	2,8

**Religião**

Espírita	21	29,6
Evangélica	18	25,4
Católica	18	25,4
Nenhuma	10	14,1
Outras	4	5,6

**Recebeu apoio após a perda**

Sim	62	87,3
Não	9	12,7

**De 0 a 10, o quanto a religião é importante para você?**

0 a 4	5	7
5 a 7	17	24
≥8	49	69,1

**De 0 a 10, o quanto a religião foi importante no processo do luto?**

0 a 4	7	9,8
5 a 7	11	15,4
≥8	53	74,7

\*Poderia marcar mais de uma opção.

A EPDS foi empregada para avaliar a presença de sintomas depressivos nas participantes do estudo. As respostas à escala estão descritas na Tabela 2. De acordo com os critérios de classificação da EPDS, 50 mulheres (70,4%) apresentaram pontuação compatível com provável depressão pós-parto.

**Tabela 2.** Escala de depressão pós-parto de Edimburgo. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022. (n=71).

	<b>0</b>		<b>1</b>		<b>2</b>		<b>3</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.	14	21,9	29	39,7	24	32,9	4	5,5
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.	18	27,4	27	37,0	19	26,0	7	9,6
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.	18	27,4	34	46,6	10	13,7	9	12,3
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.	4	5,5	9	15,1	34	46,6	24	32,9
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.	12	19,2	20	27,4	13	17,8	26	35,6
6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.	13	20,5	31	42,5	19	26,0	8	11,0



7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir.	15	23,3	17	23,3	20	27,4	19	26,0
8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada.	18	27,4	22	30,1	22	30,1	9	12,3
9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado.	8	13,7	19	26,0	33	45,2	11	15,1
10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.	5	6,8	7	9,6	13	20,5	46	63,0
<b>Classificação</b>	<b>n</b>						<b>%</b>	
Com depressão	50						70,4	
Sem depressão	21						29,6	

Os resultados das medidas de centralidade e dispersão dos escores obtidos nas escalas de religiosidade e espiritualidade utilizadas na pesquisa encontram-se na Tabela 3.

**Tabela 3.** 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)

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<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>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

Para investigar os fatores associados à depressão em mães enlutadas, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla com a escala de luto perinatal visualizado na Tabela 4. À vista disso, constatou-se que o tempo decorrido desde a perda foi um preditor considerável para depressão ( $\beta=0,37$ ;  $p= 0,0025$ ), indicando que quanto mais precoce a perda, maiores são as pontuações para depressão.

A religiosidade organizacional apresentou um efeito estatisticamente significativo na diminuição dos escores de depressão ( $\beta=-0,29$ ;  $p= 0,037$ ), salientando que o aumento da frequência em templos religiosos, missas, cultos se associa a um menor risco de apresentar sintomas depressivos. Portanto, os resultados da regressão linear múltipla sugerem que a RO pode funcionar como um fator protetivo contra a depressão.

Ademais, houve uma correlação substancial entre o coping religioso negativo e o aumento de índices de depressão ( $\beta=-0,35$ ;  $p= 0,003$ ), destacando o impacto prejudicial da utilização negativa da religião como mecanismo de enfrentamento.

**Tabela 4.** Análise de regressão linear múltipla para escala de luto perinatal em mães enlutadas. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2022. (n=71)

Variáveis	Depressão	
	$\beta$	p
Escolaridade	0,08	0,44
Cor Autorreferida	0,15	0,17
Tempo de Perda	0,37	0,0025
Apoio no momento da perda	-0,05	0,64
Religiosidade Organizacional	-0,29	0,037
Religiosidade Intrínseca	0,17	0,20
CRE Negativo	0,35	0,003

## 5 DISCUSSÃO

O presente trabalho permitiu um conhecimento quanto ao complexo conjunto de fatores que estão associadas ou não à intensificação da depressão em mães enlutadas. Demonstraram-se, assim, os elementos que requerem uma melhor investigação no intuito de aprimorar o desenvolvimento de intervenções de saúde resolutivas e atenuar os potenciais agravos nos casos de mulheres que tiveram a experiência do luto. Portanto, faz-se necessária a busca pela relação entre o processo do luto, da depressão e o seu enfrentamento a partir das lentes da religiosidade/espiritualidade.

O luto decorrente da perda gestacional ou neonatal configura-se como um processo de adaptação, interpretação, ressignificação e cura multifacetado e único. E segundo Santos (2015) possui dois componentes principais: a perda e a reação. A perda, por sua vez, pode ser categorizada como real ou simbólica. Enquanto a real envolve a ausência física e tangível, a simbólica comporta a ruptura de ideais ou potencialidades. Por outro lado, a reação se manifesta em fases do luto que se desdobram com características específicas, envolvendo aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais, sociais e espirituais.

Após a perda, as mulheres frequentemente assumem a responsabilidade pela gestão de suas emoções, vivenciando sentimentos de isolamento e carência de espaços para expressar sua dor. Essa realidade pode dificultar a elaboração do luto e impactar negativamente na sua saúde mental (PARIS et al., 2016). A resposta emocional de defesa contra a dor da perda varia em sua duração, podendo estender-se por períodos que preenchem dias, meses ou até mesmo anos. A heterogeneidade dessa jornada é demonstrada por sentimentos emergentes como frustração, decepção, revolta, tristeza, hostilidade, culpa e pode evoluir para quadros depressivos (SCHUTZER et al., 2014).

Neste sentido, a perda gestacional seja por aborto espontâneo, natimorto ou morte neonatal, configura-se como um evento traumático que impacta profundamente a saúde mental das mulheres. Diversos estudos corroboram essa realidade, identificando a alta prevalência de depressão pós-parto (DPP) nesse grupo populacional. Por exemplo, uma pesquisa conduzida por Paris, Montigny e Pelloso (2016) que investigava a associação entre o luto complicado e a saúde mental materna revelou que houve uma alta correspondência entre o luto complicado e o desencadeamento de DPP, identificando que 57,2% das entrevistadas relataram depressão.

Ademais, Mutiso et al. (2018) constatou que cerca de um terço das mulheres rastreadas duas semanas após o aborto apresentou sinais de DPP. Outro estudo levantou que

um terço dos pais enlutados apresentaram depressão clínica 13 meses após a perda do bebê na Unidade de Terapia Intensiva (Youngblut et al., 2013). Sendo assim, o presente estudo alinhado com as pesquisas mencionadas, assinala resultados inquietantes, onde 70,4% das mulheres apresentaram pontuação compatível com depressão, de acordo com os critérios da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS).

Estudos como o de Paris, Montigny e Pelloso (2016) que buscam compreender as raízes do sofrimento persistente e da prevalência de sintomas depressivos sublinham que o despreparo profissional e a escassez de grupos de apoio especializados no enfrentamento ao luto gera uma importante barreira que prejudica o processo de elaboração da perda, intensificando o afastamento da vivência dos sentimentos que precisam ser exteriorizados naquele momento e a vulnerabilidade emocional das mulheres enlutadas.

Além disso, conforme observado por Rosa (2020), a construção psicológica do luto é moldada pelos valores e comportamentos coletivos em relação à perda. Dessa forma, o mecanismo do luto entrelaça o individual e o social, e nesse processo, a falta de repercussão e de reconhecimento da morte por parte da sociedade e da família intensifica a sensação de isolamento, desamparo e dificulta a superação da perda. Ao erguer esse muro de silêncio, as mulheres não encontram meios de expressão de sua dor, o que conseqüentemente perpetua o ciclo de sofrimento (ACIOLE; BERGAMO, 2019).

A pesquisa apontou uma relação pertinente entre a variável “tempo de perda” com o desenvolvimento da sintomatologia depressiva, sublinhando que quanto mais recente a perda maior os escores de depressão. A intensidade da dor inicial é muitas vezes acompanhada por dificuldades de enfrentamento e sentimentos de desespero. Nesta perspectiva, a experiência de uma perda recente pode comprometer a capacidade de utilizar mecanismos de enfrentamento eficazes, elevando o risco da depressão. Por conseguinte, pode haver também uma diminuição na capacidade de buscar e receber apoio social (PUEYO et al., 2021).

O modo como a dor e o luto progridem pode determinar eventos psicológicos de grande relevância a curto e a longo prazo. Pueyo et al. (2021) e Teixeira et al. (2021) alertam para a necessidade de um olhar atento ao longo de todo o processo de luto, visando garantir a detecção rápida de algum sintoma depressivo, objetivando assim mitigar os riscos à saúde mental. Dessa maneira, as perdas precoces se caracterizam por um desafio central: o tempo.

As emoções complexas que acompanham esse tipo de perda precisam de um determinado período para serem processadas de maneira adequada, demandando do indivíduo um movimento adaptativo à nova realidade (PUEYO et al., 2021). Para tanto, essa

necessidade de tempo é particular para cada indivíduo, visto que a associação entre tempo decorrido e superação da perda não se dá de forma linear ou uniforme (SANTOS, 2015).

Diante o exposto, pode afirmar-se que a vivência do sofrimento, depressão e estresse tende a diminuir gradativamente com o passar do tempo. Isso se deve a integração e a elaboração da perda que vão se estabelecendo na história de vida. Essa adaptação, por sua vez, reduz os sinais de sofrimento psicológico e possibilita a criação de novos recursos para lidar com a situação (SANTOS, 2015).

Em consonância com a literatura que demonstra a redução da vivência do sofrimento através do uso de recursos diversos, a religiosidade/espiritualidade destaca-se como um facilitador crucial na trajetória do luto e na resignificação da perda. Essa relevância se evidencia na capacidade da fé e da conexão com um poder superior de potencializar os mecanismos adaptativos ao processo de luto (KALU, 2019).

De acordo com Hawthorne (2016) as atividades espirituais e religiosas podem promover uma recuperação mais rápida, permitindo o retorno às atividades cotidianas com mais facilidade. No presente estudo, 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.

Também foi apontado por Hawthorne (2016) que a maior adoção de práticas espirituais pelos pais enlutados relacionou-se com a diminuição dos sintomas de luto, como desespero, distanciamento e desorganização, além da redução da depressão. Posto isto, a prática da espiritualidade e da religiosidade é reconhecida por promover um aumento no senso de propósito e significado na vida, os quais estão vinculados a uma maior resiliência, conforto e paz interior. O papel destas práticas pode agir como um fator de proteção para a saúde, contribuindo para prevenção da depressão (KOENIG, 2007).

Contudo, é importante enfatizar que a relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental não é unidimensional e pode ser mediada por diversos fatores, incluindo características individuais, contexto cultural e apoio social. Existem estudos que sugerem que, em determinados casos, as crenças religiosas/espirituais podem também desempenhar um papel ambivalente ou até mesmo contribuir para o agravamento da sintomatologia depressiva, especialmente quando associadas a formas extremas de culpa e desamparo (PARENTE, 2017; ESPERANDIO et al., 2018; MENDONÇA, 2021).

O efeito da religiosidade/espiritualidade na vida do indivíduo depende do tipo de crença e da maneira como é aplicada diante a situação de sofrimento. Portanto, o termo "coping" se refere justamente à maneira como cada indivíduo encara essas situações. Esse processo psíquico pode ter efeitos positivos ou negativos, dependendo do tipo de sentimento

que desponta durante a utilização destas estratégias. A classificação de CRE positivo ou negativo se baseia na relação entre as estratégias utilizadas e os resultados obtidos (MENDONÇA, 2021).

Através da análise dos dados coletados, observou-se que a religiosidade organizacional produziu uma diminuição dos níveis de depressão, atestando que a frequência à templos religiosos, missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração, entre outros foi identificada como um elemento protetivo contra a depressão. O engajamento em atividades religiosas proporciona um ambiente de apoio social, no qual o enlutado pode encontrar compreensão, solidariedade e conforto emocional por meio da comunidade de fé (GONÇALVES; BARBOSA; SIMÕES, 2022; PARIS et al., 2016).

A fé e a conexão com um poder superior alinhada às práticas religiosas que são pensadas e estruturadas para serem vividas coletivamente abrem espaço para a partilha de vivências, orientações e emoções, fortalecimento da identidade e sentimento de pertencimento a um grupo maior, o que reduz o sentimento de isolamento e solidão. Dessa forma, é afirmado por Paris et al. (2016) que a religiosidade organizacional auxiliou no enfrentamento do luto.

Também relaciona-se a pesquisa de Farinasso e Labate (2012) que identificou que a religiosidade extrínseca foi reconhecida como fator de proteção contra a depressão. Nos estudos de Lemos e Cunha (2015) e Lopes et al. (2017), as mães expressaram que depositar fé na vontade divina é como uma via para obter conforto emocional e, simultaneamente, para atribuir um sentido espiritual à perda de seu filho.

A religiosidade organizacional pode ser reconhecida como uma estratégia de coping positiva, capaz de reduzir os sintomas depressivos e melhorar o bem estar e a saúde mental (MARTINS, 2021). Os grupos de apoio mútuo, por sua vez, se destacam como ferramenta poderosa, proporcionando um nível de compreensão que dificilmente se encontra em amigos. Para as mães em luto, as atividades espirituais e religiosas coletivas revelam-se benéficas, uma vez que mães enlutadas precisam falar mais sobre a morte do que pais enlutados. Hawthorne (2016) apresentou que o uso de tais atividades foi significativamente relacionado a um maior crescimento pessoal.

Em contraposição à ideia de que a religiosidade proporciona conforto e apoio, existem algumas situações paradoxais, em que a busca por essa fé pode intensificar o sofrimento e prejudicar o funcionamento psíquico e social do indivíduo (DALGALARRONGO, 2007). Este trabalho corrobora essa complexidade ao demonstrar que altas pontuações de coping religioso espiritual negativo estão associadas a um maior escore de depressão. O CRE negativo, caracterizado por culpa internalizada, negação da dor e rigidez doutrinária

intensifica o sofrimento e dificulta o processo de luto, impactando negativamente a saúde mental do indivíduo ((ESPERANDIO et al., 2019; ESPERANDIO et al., 2018).

Mendonça (2021) ressalta que o uso do CRE negativo pode gerar um risco considerável de estresse psicológico, com potencial para desencadear transtornos depressivos. Essa associação se deve aos diversos problemas gerados por essa forma inadequada de lidar com as dificuldades da vida como a insatisfação com Deus ou comunidade religiosa, que leva o indivíduo a interpretar a situação como castigo divino, conflito com Deus ou abandono por parte da fé. A insatisfação pode se manifestar como raiva, ressentimento e frustração, intensificando o sofrimento e dificultando o enfrentamento dos problemas.

Ademais, o CRE negativo pode fazer com que a pessoa distorça sua percepção diante o luto, fazendo que o mesmo interprete como sinais de punição divina ou como resultado de sua própria inadequação. Essa interpretação negativa pode gerar um ciclo vicioso de sofrimento, dificultar o desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento saudáveis e aumentar o risco de desenvolver transtornos depressivos (MENDONÇA, 2021; (HAWTHORNE; YOUNGBLUT; BROOTEN, 2017).

Um estudo realizado por Bakker e Paris (2013) objetivou examinar o impacto da morte fetal e neonatal na religiosidade parental. A investigação revelou que 37,2% dos participantes experimentaram crises ou distúrbios em suas vidas religiosas após a perda do bebê, utilizando termos como "abalado", "perdido" e "despedaçado" para descrever sua fé.

Em consonância com esses achados, nosso estudo identificou que 19,9% das mães relataram questionar "muitíssimo" o amor de Deus e 19,7% questionaram "muitíssimo" o poder de Deus. Essa similaridade nos permite concluir que existe uma forte correlação entre um alto índice de CRE negativo e um impacto significativo na vulnerabilidade emocional das mães enlutadas.

A importância do apoio familiar no processo de luto e na redução da depressão é amplamente reconhecida na literatura científica. Tanto no período imediato após a perda quanto após a alta hospitalar, são os familiares e/ou amigos que mantêm contato direto com a mulher enlutada e que podem desempenhar um papel crucial no processo de luto pela perda. O acolhimento proporcionado por este suporte transcende a mera presença física, tecendo uma rede de afeto, vínculo e empatia que atuam na manutenção do equilíbrio emocional da enlutada (LEMOS; CUNHA, 2015).

Rosa (2020) observou que mulheres que receberam apoio durante perdas gestacionais, seja de familiares, amigos, profissionais ou grupos de apoio conseguiram prosseguir na jornada do luto, especialmente quando acompanhadas por seus cônjuges ou mães. A presença

e solidariedade oferecidas pelas visitas durante o luto são reconhecidas como gestos significativos de apoio. Este gesto representa um tributo simbólico para a enlutada, transmitindo a mensagem e a segurança de que ela não está sozinha em seu sofrimento.

Percebe-se uma melhora no aspecto psíquico das mulheres quando suas famílias lhes permitem vivenciar o processo de luto, validando os sentimentos da mãe, organizando rituais fúnebres e proporcionando oportunidades de despedida (LOPES et al., 2017). Em contraste, a supressão excessiva de sentimentos relacionados ao luto pode ser prejudicial, podendo levar ao luto patológico. O equilíbrio entre a expressão saudável das emoções e a evitação da obsessão pela perda é fundamental para um processo de luto gradual e saudável, reduzindo a depressão (ROSA, 2020).

Outro tópico explorável é o referente ao preparo do profissional para oferecer o cuidado direcionado às famílias que vivenciam óbito fetal. A assistência holística aos pais que vivenciam o óbito fetal configura-se como uma barreira para os profissionais de enfermagem. A ausência de capacitação adequada para lidar com essa situação complexa e emocionalmente devastadora pode ocasionar a intensificação do sofrimento e a impotência dos familiares enlutados (ROCHA, 2016; BEZERRA et al., 2024).

O despreparo pode levar ao distanciamento dos enfermeiros diante dos momentos de luto, privando as famílias do apoio necessário para lidar com a dor e as dúvidas. Embora os cuidados biológicos sejam cruciais, a ênfase exclusiva nesse aspecto pode prejudicar a elaboração do luto materno. Negar a existência das repercussões psicológicas da perda, como a dor e a tristeza, impede a mulher de processar suas emoções e lidar com o luto de forma saudável (BEZERRA et al., 2024).

O enfermeiro, diante da impossibilidade de reverter a morte, enfrenta também o desafio de manejar os sentimentos da mulher que sofre a perda e, ao mesmo tempo, lidar com seus próprios sentimentos frente à morte. Conhecer os aspectos que serão enfrentados neste momento, as diversas reações ao luto, as necessidades individuais de cada mulher e a importância de respeitar a vivência e as ações de cada uma são elementos que garantem um acompanhamento singular e humanizado (BEZERRA et al., 2024; LOPES et al., 2021).

A comunicação no contexto do óbito fetal é uma das práticas mais delicadas para a equipe de saúde, visto que se trata de um momento carregado de intensas e vulneráveis emoções. A partir do desenvolvimento de competências e habilidades para uma comunicação efetiva, oferecendo um local para acolher ativamente as emoções e sentimentos desses pais, para que busquem um sentido para essa ausência. Assim, a maneira pela qual os profissionais se comunicam pode ser sentida como positiva ou negativa, dependendo de como são



transmitidas as informações aos usuários (SCHUTZER et al., 2014; KINGDON; GIVENS, 2015).

Conforme discutido por Bezerra (2024), pais enlutados experimentam dor emocional mais evidente após a perda fetal quando os profissionais de saúde não têm a capacidade de prestar-lhes os cuidados de luto adequados. Por esse ângulo, os enfermeiros podem atuar através de técnicas de comunicação eficazes e escuta terapêutica, oportunizar tempo de qualidade para as famílias sanarem suas dúvidas e, se for necessário, encaminhá-las para grupos terapêuticos e acompanhamentos com psicólogos.

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 a conscientização e a humanização do luto, além da troca de experiências. As atividades em grupo permitem que as mães enlutadas tenham as discussões que necessitam, indicando que valorizam o apoio social, a reflexão pessoal, o reconhecimento de suas capacidades (HAWTHORNE, 2016).

E mais do que oferecer cuidados físicos, os profissionais podem influenciar os pais na construção de lembranças preciosas e no enfrentamento do luto de forma acolhedora e personalizada. A possibilidade de contato físico e visual com o bebê, através de práticas como o toque suave, o registro de pegadas e a coleta de mechas de cabelo, permite aos pais estabelecer um vínculo afetivo, mesmo que breve, com o filho que se foi e auxilia na conexão com a realidade do luto que se apresenta (VESCOVI; LEVANDOWSKI, 2023).

Uma revisão realizada por Kingdon e Givens (2015) evidenciou resultados positivos para aqueles que tiveram a oportunidade de ver e segurar seus bebês falecidos. Por outro lado, a escolha de não ter contato com o bebê, o tempo limitado com ele e a falta de lembranças suficientes foram apontados como aspectos negativos pelos entrevistados, associados a um aumento na morbidade psicológica.

Ao deparar-se com as estratégias pessoais de cada enlutada, como a religiosidade e a espiritualidade, o profissional pode ampliar o espaço para que essas estratégias sejam exploradas. A validação da fé transforma-se em uma atitude substancial para a amenização da dor e a manifestação plena dos sentimentos das mães. Em um momento de ressignificação de vida, a fé se converte em um instrumento de auto descoberta, fortalecimento e conexão com a vida (LOPES et al, 2017).

O trabalho em questão apresenta importantes implicações para a prática de enfermagem como a compreensão da religiosidade como um aspecto fundamental na vida de muitas mulheres e portanto, deve ser considerada durante a realização da Sistematização da

Assistência de Enfermagem e na elaboração do plano de cuidados. Para isso, é fundamental que o enfermeiro reconheça o luto enquanto processo importante do indivíduo que sofre a perda.

Desse modo, buscar abordagens para sensibilizar e capacitar sua equipe sobre a importância da comunicação empática e acolhedora no cuidado às mulheres que vivenciaram a perda gestacional ou infantil. Além disso, a pesquisa também promove o incentivo para a realização de mais pesquisas sobre o tema, a fim de aprofundar o conhecimento sobre o impacto da religiosidade na saúde mental de mulheres que sofreram perdas.

A investigação de temáticas que tratam de fragilidades como o luto gestacional e infantil apresenta desafios inerentes à sua realização, e este estudo não se exime dessa realidade. Ao longo da pesquisa, deparamos-nos com obstáculos metodológicos a começar pela dificuldade na captação de participantes dispostos a compartilhar suas experiências. Embora a temática do luto materno tenha crescido em relevância nos últimos anos, deparamos-nos com a dificuldade de encontrar artigos atualizados que abordassem essa temática de forma mais aprofundada.

A coleta de dados foi realizada em grupos de apoio online durante a pandemia de COVID-19 pode ter influenciado dois fatores que trouxeram repercussões na seleção da amostra e na análise dos resultados. A participação em grupos online pode ser restrita a mulheres com maior acesso à internet e recursos tecnológicos, como computadores e smartphones. Deste modo, pode ter favorecido mulheres de classes sociais mais privilegiadas, excluindo mulheres com menor poder aquisitivo ou que residem em áreas com conectividade precária.

A necessidade de agrupar mulheres que vivenciaram diferentes tipos de perda (aborto, perda gestacional e morte infantil) em um único estudo limitou a análise específica de cada tipo de luto. As experiências e necessidades de cada grupo podem ser distintas, e a análise conjunta pode mascarar diferenças importantes entre os tipos de perda. Seria necessário realizar estudos específicos para cada tipo de luto para obter uma compreensão mais profunda de cada experiência.

## 6 CONCLUSÃO

O presente trabalho explorou o impacto da perda gestacional e infantil na vida das mulheres, destacando a complexidade do processo de luto, a prevalência de sintomas depressivos e os mecanismos de enfrentamento envolvidos. O luto é um processo cognitivo e subjetivo em que o indivíduo se confronta com a sua perda e com o significado dela. Desse modo, desenrola-se uma aceitação e adaptação necessária para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido. Foi observado uma prevalência significativa de depressão pós-parto, em 70,4% (N=50) das participantes. Tal estatística reforça a necessidade de atenção especial à saúde mental das mães que experienciam perdas gestacionais ou infantis. A falta de apoio profissional capacitado, a invisibilidade do luto e o estigma social intensificam o sofrimento e dificultam a elaboração saudável da perda.

Neste sentido, através da revisão da literatura, foi possível identificar que a religiosidade desempenha um papel significativo na ressignificação da perda e na promoção do bem estar mental, atuando como um importante recurso de coping. A religiosidade organizacional emergiu como um fator protetivo, associado a uma diminuição dos sintomas de depressão, promovendo conforto emocional e resiliência. O envolvimento em práticas religiosas oferece um ambiente de apoio social, proporcionando compreensão e solidariedade aos enlutados dentro da comunidade de fé. Contudo, é crucial considerar que a relação com a religião não é unidimensional, podendo tanto proporcionar amparo quanto intensificar o sofrimento, dependendo da maneira como é vivenciada e interpretada.

Altas pontuações de coping religioso espiritual negativo estão relacionadas a um maior escore de sintomas depressivos. O CRE negativo pode levar a sentimentos de culpa e distorções na percepção do luto, fazendo com que o indivíduo interprete o evento como um sinal de punição ou abandono divino. A pesquisa também destacou a importância do apoio familiar, de grupos de apoio e da assistência holística dos profissionais de saúde no processo de luto e na redução do sofrimento. Portanto, diante do caráter multifacetado desse tema, é fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para lidar com as necessidades emocionais das mulheres, oferecendo escuta acolhedora, informações, avaliação do suporte emocional e acompanhamento singular e humanizado aos pais.

Diante disso, conclui-se que compreender o papel da religiosidade e do apoio social na jornada do luto é essencial para o desenvolvimento de intervenções eficazes para a recuperação emocional e psicológica das mulheres enlutadas. As estratégias de apoio e intervenções que valorizem o papel da religiosidade/espiritualidade devem ser consideradas

no cuidado às mulheres enlutadas. Ao integrar esses aspectos, é possível contribuir para uma assistência mais integral, promovendo a busca de significado, resolução da perda e reconstrução da identidade da mulher.

## REFERÊNCIAS

- 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. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Tkwg7QgrTqbHqySsxw8hJZf/?lang=pt>. Acesso em: 13 mar. 2024.
- ARAÚJO SILVA, A. *et al.* Influência do coping religioso-espiritual no luto materno. (Portuguese). **Enfermagem Brasil**, [s. l.], v. 19, n. 4, p. 310–316, 2020. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=146002911&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 10 mar. 2024.
- 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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf). Acesso em: 06 fev. 2024.
- 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. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6407#:~:text=Esses%20motivos%20de%20%C3%B3bito%20fetal,e%20escassez%20no%20acompanhamento%20intraparto>. Acesso em: 06 fev. 2024.
- CRES, M. R. *et al.* Religiosidade e estilo de vida de uma população adulta. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 28, n. 2, p. 240-250, 2015. Disponível em: Redalyc.RELIGIOSIDADE E ESTILO DE VIDA DE UMA POPULAÇÃO ADULTA. Acesso em: 05 mar. 2024.
- DUARTE, C. A; TURATO, E. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 485-490, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722009000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000300009). Acesso em: 14 fev. 2024.
- 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: 05 mar. 2024.
- 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: 05 mar. 2024.
- 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. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14453/13426>. Acesso em: 12 mar. 2024.

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. 1, p. 46-60, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PyFpwMM3fm3yRcqZJ66GRky/>. Acesso em: 2 fev. 2024.

FRUMKIN, M. R. *et al.* The pain of grief: Exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. **Journal of clinical psychology**, v. 77, n. 1, p. 254–267, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jclp.23024>. Acesso em: 08. mar. 2024.

GIRALDI, L. M. *et al.* Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. **J Bras Patol Med Lab**, v. 55, n. 1, p. 98-113, 2019. Disponível em: [scielo.br/j/jbpml/a/7xtrSVLLXVSHvf83BVt9Jbj/?format=pdf&lang=pt](https://www.scielo.br/j/jbpml/a/7xtrSVLLXVSHvf83BVt9Jbj/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 4 fev. 2024.

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: 12 mar. 2024.

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. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistasmetodista/index.php/MUD/article/view/6017/5352>. Acesso em: 8 mar. 2024.

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: 14 mar. 2024.

HILL, P. W. *et al.* The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. **Death Studies**, v. 41, n. 4, p. 226-235, 2017. Disponível em: The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem - PubMed (nih.gov). Acesso em: 12 mar. 2024.

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: 22 fev. 2024.

KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, p. 5-7, 2007. Disponível em: (PDF) Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental (researchgate.net) Acesso em: 5 mar. 2024.

KINGDON, C. *et al.* Seeing and holding baby: Systematic review of clinical management and parental outcomes after stillbirth. **BIRTH**, v. 42, n. 3, p. 206-218, 2015. Disponível em: Seeing and Holding Baby: Systematic Review of Clinical Management and Parental Outcomes After Stillbirth | Request PDF (researchgate.net). Acesso em: 20 fev. 2024.

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. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9167530/>. Acesso em: 05 mar. 2024.

LEMOS, 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. Disponível em: [scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/?format=pdf](https://scielo.br/j/pcp/a/hdydgBr4rBQJthMgXSf3q5n/?format=pdf). Acesso em: 08 fev. 2024.

LOPES, B. G. *et al.* A dor de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno. **Revista Strictu Sensu**, v. 4, n. 2, p. 29-40, 2019. Disponível em: <http://revistastrictosensu.com.br/ojs/index.php/rss/article/view/77>. Acesso em: 11 fev. 2024.

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. Disponível em: [Dialnet-LutoMaterno-8082160.pdf](https://dialnet-luto-materno-8082160.pdf). Acesso em: 08 fev. 2024.

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. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10213>. Acesso em: 23 abr. 2023.

MENDONÇA, C. S. A. **Interrupção espontânea da gravidez, morte fetal e perda perinatal: luto e fatores protetores. Dissertação.** Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/ Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental Integrativa, Universidade de Lisboa, 2018. Disponível em: [ulfpie053331\\_tm\\_tese.pdf](https://ulfpie053331_tm_tese.pdf). Acesso em: 08 mar. 2024.

MENDONÇA, S. D. G. A relevância da espiritualidade em transtornos depressivos. **Rumos da inFormação**, v. 2, n. 1, 2021. Disponível em: [Vista do A RELEVÂNCIA DA ESPIRITUALIDADE EM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS \(ivc.br\)](https://vista.do.a-relevancia-da-espiritualidade-em-transtornos-depressivos-ivc.br). Acesso em: 13 mar. 2024.

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. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n1/v35n1a06.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2024.

MUTISO, S. K; MURAGE, A; MUKAINDO, A. M. Prevalence of positive depression screen among post miscarriage women- A cross sectional study. **BMC Psychiatry**, v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: [Prevalence of positive depression screen among post miscarriage women- A cross sectional study - PubMed \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31111111/). Acesso em: 10 mar. 2024.

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/pdf/ptp/v15n3/03.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2024.

OLIVEIRA, M. T. S. Fatores associados ao aborto espontâneo: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 373-384, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/tX8xjD4L48d5wRfPnfY6RkF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2024.

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: 20 fev. 2024.

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: 20 fev. 2024.

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. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt\\_0104-0707-tce26-01-e5430015.pdf](https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n1/pt_0104-0707-tce26-01-e5430015.pdf). Acesso em: 20 fev. 2024.

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: 20 fev. 2024.

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. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/inr.12659>. Acesso em: 08 mar. 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: 15 mar. 2024.

RODRIGUES, L. *et al.* Experiências de luto das mães frente à perda do filho neonato. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**, v. 20, n. 1, p. 73-80, 2020. Disponível em: [v20n1a11-Understanding:v5n2a10.qxd.qxd](https://www.scielo.br/v20n1a11-Understanding:v5n2a10.qxd.qxd) (scielo.br). Acesso em: 11 fev. 2024.

ROSA, B. G. Perda Gestacional: Aspectos Emocionais da Mulher e o Suporte da Família na Elaboração do Luto. **Revista Psicofae**, v. 09, n. 2, 2020. Disponível em: [\\*317-1346-1-PB\(1\).pdf](https://www.scielo.br/*317-1346-1-PB(1).pdf). Acesso em: 03 mar. 2024.



SALLOUM, A; BJOERKE, A; JOHNCO, C. The Associations of Complicated Grief, Depression, Posttraumatic Growth, and Hope Among Bereaved Youth. **OMEGA - Journal of Death and Dying**, v. 79, n. 2, p. 157–173, 2019. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20463/1/ulfpie047422\\_tm\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20463/1/ulfpie047422_tm_tese.pdf). Acesso em: 10 mar. 2024.

SCHUTZER, D. B. F. et al. Fica um grande vazio: Relato de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 113-132, 2014. Disponível em: Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação | Estudos Interdisciplinares em Psicologia (uel.br). Acesso em: 2 fev. 2024.

TAUNAY, T. C. D. *et al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p. 130-135, 2012. Disponível em: [scielo.br/j/rpc/a/4cfvHfcWjTRfWNVpVnrT6hj/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/rpc/a/4cfvHfcWjTRfWNVpVnrT6hj/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 05 mar. 2024.

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, 2021. 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: 15 mar. 2024.

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. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174765>. Acesso em: 16 fev. 2024.

VESCOVI, G; LEVANDOWSKI, D. C. Percepção Sobre o Cuidado à Perda Gestacional: Estudo Qualitativo com Casais Brasileiros. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 43, p. 1-17, 2023. Disponível em: [scielo.br/j/pcp/a/j7KK37rYQfJMjHJqCdkYfmw/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/pcp/a/j7KK37rYQfJMjHJqCdkYfmw/?format=pdf&lang=pt). Acesso em: 14 mar. 2024.

YOUNGBLUT, J. M. *et al.* Parent health and functioning 13 months after infant or child NICU/PICU death. **Pediatrics**, v. 132, n. 5, p. 1295-301, 2013. Disponível em: Parent health and functioning 13 months after infant or child NICU/PICU death - PubMed (nih.gov). Acesso em: 12 mar. 2024.