

**Morte fetal - a urgência da observação psiquiátrica****Fetal death - the urgency of psychiatric observation**

DOI:10.34119/bjhrv5n6-001

Recebimento dos originais: 26/10/2022

Aceitação para publicação: 01/11/2022

**Ana Lúcia Dias Costa**

Mestre em Medicina

Instituição: Centro-Hospitalar Tondela-Viseu, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Endereço: Av. Rei D. Duarte, CEP: 3504-509, Viseu

E-mail: analuciacosta\_2012@hotmail.com

**Bruna Daniela de Melo Guedes**

Mestre em Medicina

Instituição: Centro-Hospitalar Tondela-Viseu, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Endereço: Av. Rei D. Duarte, CEP: 3504-509, Viseu

E-mail: brunamlgd@gmail.com

**Ana Patrícia Dias Soares**

Mestre em Medicina

Instituição: Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Endereço: R. Leão Penedo, CEP: 8000-386, Faro

E-mail: soares.apatricia@gmail.com

**João Miguel do Nascimento Brás**

Mestre em Medicina

Instituição: Centro-Hospitalar Tondela -Viseu, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Endereço: Av. Rei D. Duarte, CEP: 3504-509, Viseu

E-mail: joao.bras.1993@gmail.com

**Rui César Moreira de Sousa**

Mestre em Medicina

Instituição: Centro-Hospitalar Tondela-Viseu, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Endereço: Av. Rei D. Duarte, CEP: 3504-509, Viseu

E-mail: ruimoreirasousa@icloud.com

**Rui Pedro Henriques Vaz**

Mestre em Medicina

Instituição: Centro-Hospitalar Tondela-Viseu, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Endereço: Av. Rei D. Duarte, CEP: 3504-509, Viseu

E-mail: ruipedrovaz11@gmail.com

**Joana Rita Lopes Martins**

Mestre em Medicina

Instituição: Centro-Hospitalar Tondela-Viseu, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Endereço: Av. Rei D. Duarte, CEP: 3504-509, Viseu

E-mail: joanaritamartins@msn.com

**Ana Isabel Martinho Oliveira**

Licenciatura em Medicina

Instituição: Centro-Hospitalar Tondela-Viseu, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

Endereço: Av. Rei D. Duarte, CEP: 3504-509, Viseu

E-mail: aimoliv@gmail.com \* Autor correspondente

**RESUMO**

Introdução: A morte fetal é um acontecimento único porque envolve simultaneamente nascimento e morte, representando um acontecimento traumático e extremamente doloroso para a maioria dos pais<sup>1,2</sup>. Em obstetrícia, morte fetal corresponde à morte do feto com idade gestacional igual ou superior a 20 semanas de gestação, uma morte que ocorre antes ou durante o parto<sup>3,4,5,6,7</sup>. Estas perdas estão associadas a custos psicológicos e sociais substanciais, diretos e indiretos, na mulher, família, profissionais de saúde e sociedade<sup>1,8,9,10</sup>. Sendo situações de crise que, na maioria dos casos, desorganizam a estrutura interna dos envolvidos e desencadeiam intensa dor e sofrimento<sup>5,8,9,11,12,13</sup>. Os objetivos deste trabalho são reconhecer as características do luto perante a morte fetal e quais as intervenções que se mostraram efetivas na elaboração do luto, prevenindo complicações na saúde mental. Metodologia: Revisão não sistemática da literatura. Resultados: As reações do luto devem ser interpretadas individualmente, pois são determinadas de modo pessoal, subjetivo e de forma contextual por quem a vivencia além disso, são influenciadas por diversos fatores, como as circunstâncias da morte e outras experiências semelhantes no passado<sup>4,6,9,14</sup>. O apoio ao casal deve incluir suporte e validação emocional bem como comunicação clara da informação<sup>4,12</sup>. Conclusões: O luto fetal é um processo global, complexo e multifacetado<sup>3</sup>. É fundamental que os cuidados de saúde materna sejam prestados por uma equipa multidisciplinar, com o objetivo de diminuir o sofrimento vivido pelo casal e prevenir situações que possam levar à perpetuação do sofrimento psíquico e/ou desencadear quadros patológicos<sup>15</sup>. Reconstruir a vida sem o seu filho é uma das mais dantescas tarefas da morte fetal e, contudo, no meio deste processo, o crescimento pessoal pode acontecer<sup>4</sup>.

**Palavras-chave:** morte fetal, luto, luto complicado, depressão, saúde mental, saúde materna ou, em inglês.

**ABSTRACT**

Backgrounds: Stillbirth death is unique because it involves born and death at the same time, and it is intensely painful and traumatic for many parents<sup>1,2</sup>. In obstetrics, stillbirth is a fetal death or loss that occurs at or after 20 weeks of pregnancy and before or during delivery<sup>3,4,5,6,7</sup>. These losses are associated with substantial direct and indirect, psychological and social costs to women, families and society<sup>1,8,9,10</sup>. In most cases, these are crisis situations which disrupt internal structure of those involved (parents and other family members) and trigger intense pain and suffering<sup>5,8,9,11,12,13</sup>. The objectives of this work were to recognize the characteristics of mourning in fetal loss and which interventions have been shown to be effective in mourning, preventing mental health complications. Methods: Non-systematic literature review. Results: The grief reactions must be interpreted individually, as they are determined in a personal, subjective and contextual way by those who experience it, and they are influenced by several factors, such as the circumstances of death and other similar experiences in the past<sup>4,6,9,14</sup>. Couple support should include emotional support and validation and clear communication of the information<sup>4,12</sup>. Conclusions: Stillbirth bereavement is a global, complex and multifaceted phenomenon<sup>3</sup>. It is essential that maternal health care, after a fetal loss, is carried out by a multidisciplinary health professionals, both in reducing the suffering experienced by these women and their families, and in preventing other cases that can lead to the perpetuation of

psychological suffering or triggering pathological conditions<sup>15</sup>. Rebuilding life without their child is one of the most daunting tasks of fetal death and yet, in the process, personal growth can happen<sup>4</sup>.

**Keywords:** stillbirth, bereavement, complicated grief, depression, mental health and women's health.

## 1 INTRODUÇÃO

Antes dos anos 70 a perda de um feto quer durante a gravidez ( $\geq 20$  semanas de gestação), quer no período neonatal (primeiros 28 dias de vida) era um acontecimento frequente e, não era encarado pela comunidade médica como uma perda significativa, pelo que o conhecimento sobre o tema era escasso, com poucos estudos publicados<sup>3</sup>.

Historicamente são três os principais fatores que contribuíram para o reconhecimento do luto fetal com um fenómeno “real” merecedor de atenção clínica: o aparecimento da teoria de vinculação para entender a ligação materna durante a gravidez, a alteração das condições sociais que deram “voz” ao sofrimento das mulheres que experienciam uma perda fetal e os avanços tecnológicos nos cuidados de saúde neonatal<sup>3</sup>.

Contudo, apesar da melhoria nos cuidados de saúde materno infantil a que se assistiu nos últimos anos à escala mundial<sup>13</sup> e no caso específico de Portugal, com uma diminuição acentuada das taxas de mortalidade fetal tardia, entre 1960 e 2018, de 26.5 para 2.6%<sup>16</sup>, a morte fetal permanece ainda como uma calamidade atual em pleno século XXI. A cada ano estimam-se cerca de 2.6 milhões de mortes fetais, a nível global<sup>2,9,11,13,17</sup> mas com taxas superiores nos países em desenvolvimento quando comparados com os países industrializados<sup>10</sup>. A acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, no parto e pós-parto, assim como o planeamento da gravidez, diminui drasticamente a morbilidade e mortalidade maternas, fetais e infantis<sup>10</sup>. Embora a morte fetal seja relativamente comum, as implicações psicológicas e económicas subsequentes são ainda subestimadas e subvalorizadas<sup>9,13</sup>.

Em obstetrícia, a morte fetal corresponde à morte do feto a partir da 20<sup>a</sup> semana de idade gestacional, uma morte que ocorre antes ou durante o parto<sup>3,4,5,6,7</sup>. Na literatura, e de acordo com sociedade americana e europeia de obstetrícia e a Organização Mundial de Saúde existem diferentes classificações. De acordo com o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) a morte fetal é classificada como precoce, quando ocorre entre as 20 e 27 semanas de idade gestacional e, tardia, durante e após as 28 semanas<sup>3,7</sup>.

Na maioria dos casos, são situações de crise, que desorganizam a estrutura interna dos envolvidos (casal e restantes familiares) e desencadeiam intensa dor e sofrimento<sup>5,8,9,11,12,13</sup>. A

mulher/casal experiencia um choque, havendo naturalmente raiva, sensação de vazio, desamparo, solidão, sentimentos de impotência, incapacidade e desvalorização de si mesma/o<sup>3,8,12,14</sup>.

Além disso, estas perdas estão associadas direta e indiretamente a custos psicológicos e sociais substanciais na mulher, família, profissionais de saúde e sociedade<sup>1,7,8,9,10,17</sup>. A longo prazo inclusive, os efeitos adversos desta perda podem ter consequências na saúde da mulher e da criança, em futuras gravidezes<sup>2,11</sup>.

Na verdade, o luto é uma reação natural e esperada à rutura de um vínculo e o seu significado é determinado de modo individual, subjetivo e de forma contextual por quem a vivencia e que se vai alterando ao longo do tempo<sup>3,6</sup>.

A experiência do luto fetal é condicionada por múltiplos fatores que influenciam a intensidade da dor, a duração do luto e a capacidade para encontrar ou atribuir um significado a esta experiência<sup>3</sup>. Ainda que o processo de luto por perda fetal seja sequencialmente semelhante ao processo de luto normal, existem especificidades que se organizam em cinco fases, descritas a seguir.

Todos os pais que passam por uma situação de perda fetal relatam sintomas psicológicos negativos, nomeadamente sintomas de ansiedade, depressão, fobias, stress pós-traumático e perturbações do sono<sup>2,5,6,8,9,12,17</sup>. Alguns estudos relatam que as mulheres enlutadas apresentam um risco sete vezes superior de desenvolver sintomas de stress pós-traumático, o diagnóstico de depressão é feito quatro vezes mais e o de perturbação de ansiedade duas vezes<sup>2</sup>. Muitas vezes procuram ajuda através de grupos de apoio, psicoterapia ou psicofármacos<sup>2</sup>. Os homens parecem ter sintomas de luto semelhantes às mulheres, exceto que os homens aparentam chorar menos e ter menos necessidade de falar sobre a sua perda<sup>4,6,9</sup>.

Assim, os principais objetivos deste trabalho são reconhecer as características do luto na perda fetal e quais as intervenções que se mostram efetivas na elaboração do luto, prevenindo complicações na saúde mental e evolução para psicopatologia grave.

## 2 METODOLOGIA

Pesquisa bibliográfica de literatura científica, não sistemática, na Pubmed® e UpToDate®, usando os termos “*stillbirth*”, “*perinatal loss*”, “*bereavement*” and “*psychosocial*”. Foram incluídas publicações consideradas pertinentes, escritas em Português ou Inglês, independente da data de publicação ou tipologia.

### 3 RESULTADOS

A reação dos pais à morte de um filho é quase sempre catastrófica, pois torna-se difícil conciliar o antagonismo da gravidez como processo de originar a vida, e da morte, além de inverter a ordem natural da vida<sup>14</sup>. A perda de um filho está associada a uma experiência de dor que é particularmente severa, duradoura e complicada, em que os sintomas flutuam na intensidade e duração<sup>4,8</sup>.

No caso das mortes fetais, a maioria das perdas são invariavelmente eventos inesperados numa gravidez de baixo risco, pelo que o casal não está preparado para a confirmação de uma morte fetal. Além disso, a expectativa dos próprios familiares e amigos que vão questionar o casal pelo filho, pode desencadear ainda mais sofrimento nos pais<sup>5,7</sup>.

Assim, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde de Medicina materno-fetal estejam devidamente informados e preparados para lidar da melhor forma possível com a perda fetal, de modo a minimizar ou detetar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de casos de natureza psicopatológica<sup>4,7,10,11,14,17</sup>.

Desde o momento inicial é fundamental ter atenção à terminologia que é utilizada pelos profissionais de saúde para que se desenvolva um processo de luto normativo<sup>1,17</sup>. O termo morte fetal deve ser substituído por “*perda de bebê*”, uma vez que é muito importante nas expectativas que as mulheres têm relativamente ao trabalho de parto e ao parto propriamente dito<sup>1,5,14</sup>. O termo morte fetal acrescenta algum *distress* nas mulheres porque não o associam ao nascimento e à dor e realidade da experiência do parto, quer física quer emocionalmente, com posterior impacto negativo a longo prazo nas suas experiências de luto<sup>1,14</sup>. O casal gosta de equipas que entendem as suas necessidades e que se preocupam com eles com compaixão ao longo de todo o processo<sup>1,7,10,14,17</sup>.

Além da comunicação também a atitude é fundamental. A desvalorização da situação não deve acontecer e a utilização de linguagem simples e direta, não escondendo emoções, pode ajudar bastante na forma como os pais recebem e integram a notícia<sup>5,7,9,10</sup>.

Melhorar a interação imediata com os pais é outro fator crucial, pois a sensibilidade à situação torna-se imprescindível<sup>1,11,17</sup>. É preciso acautelar a privacidade, garantir que a mãe não se encontra sozinha, bem como demonstrar compreensão e disponibilidade na resposta a todas as questões que possam surgir<sup>1,7,10,14</sup>. Também a nomeação de um elemento da equipa técnica com quem os pais possam contactar posteriormente é de extrema relevância.

A criação de memórias, incentivando os pais a verem e pegarem no filho ao colo, atribuir um nome e fazer um funeral ou memorial têm demonstrado ajudar positivamente na intensidade da dor e na duração do luto<sup>1,3,5,6,7,9,10,14</sup>. Estas formalidades parecem, por um lado ajudar na

validação da perda e por outro auxiliar o casal na explicação do ocorrido à restante família e amigos<sup>1</sup>. Estudos relatam que os pais que foram tratados como se fossem ter um filho, estão mais preparados para tomar decisões sobre ver ou não o feto e pegar ou não ao colo<sup>1,3,9</sup>. Contudo, estes rituais não são bem aceites por todas as culturas nem por todos os indivíduos, pelo que o casal deve ter a opção de escolha se querem ou não ver/pegar no bebé e devem ser informados dos riscos e benefícios do mesmo e apoiados independentemente da decisão que tomarem<sup>5,6,14</sup>.

No período imediatamente a seguir à perda fetal, as experiências pós-natais na própria mulher desempenham também um papel relevante<sup>1,6,9,13</sup>. Algumas mulheres sentem-se incomodadas pelo seu corpo após a gravidez, outras associam-no à gravidez e à ligação ao seu filho<sup>9</sup>. É importante estar atento e falar com a mulher sobre a presença de lóquios (hemorragia vaginal que ocorre após o parto), a possível galactorreia e a regularização hormonal<sup>1</sup>. Muitas mulheres não estão preparadas para tal após a perda do filho, o que é potenciado pelo facto de não terem o bebé para se focarem, acabando por dar mais atenção a estes sinais<sup>1</sup>. Discutir com a mulher as opções relativamente à prevenção ou supressão da lactação com fármacos (cabegolina ou bromocriptina) pode ajudar a mesma a lidar melhor com a situação<sup>1</sup>. De seguida, dá-se o retorno dos ciclos menstruais que se pode apresentar sob uma dicotomia. Por um lado, é a confirmação da disponibilidade para uma nova gravidez; por outro lado, depois de alguns meses sem engravidar, a menstruação passa a ser encarada como sinal de insucesso, avivando a dor da ausência do filho.

Há que salientar que o luto é uma resposta natural à perda de qualquer pessoa, objeto ou valor com o qual se constrói um vínculo afetivo e, como tal, é um processo natural e humano e não uma doença que deve ser evitada<sup>6</sup>. A expressão do luto inclui reações que muitas vezes se assemelham a distúrbios físicos, mentais ou emocionais, sendo fulcral o cuidado na interpretação de certas expressões de luto que podem ser percecionadas como patológicas sendo na realidade, naturais e apropriadas. A capacidade para expressar e integrar as reações do luto são fundamentais para as respostas psicológicas do casal<sup>7,9,14</sup>.

A primeira reação à morte fetal desperta choque, embotamento emocional, descrença e muitas vezes até negação, sendo mais difícil gerir quando a morte ocorre numa fase avançada da gravidez ou durante o parto<sup>4,6</sup>. Na verdade, quanto mais tarde ocorrer mais real é a idealização de um filho, uma vez que o casal foi assistindo às alterações físicas no corpo da mulher, sentiram os movimentos do feto e assistiram à realização das ecografias<sup>4</sup>.

A mulher/casal tem de se permitir a sentir, a expressar e a manifestar a dor<sup>4,7,17</sup>, para que seja possível a atribuição de um significado. É fundamental que a mulher possa vivenciar este

momento de forma lúcida para facilitar a reorganização emocional, integrando na sua vida aquela perda real como fazendo parte da sua própria história vital<sup>7</sup>. Nessa fase, a aceitação da perda como algo irreversível deve acontecer.

A fase seguinte caracteriza-se pelo predomínio dos sentimentos de culpa e raiva, sendo característica a existência de fantasias acerca de ter causado ou contribuído para a morte do feto<sup>4,5,6,7,9,13,15</sup>. Pensamentos de autculpabilização podem inclusive prolongar o processo de luto normativo, agravando ou prolongando o sofrimento, especialmente se houver um sentimento de ambivalência em relação à gravidez ou se a mulher acreditar que fez algo de errado como fumar ou tomar medicação<sup>15</sup>. O isolamento social e sintomas de vergonha podem surgir associados ao estigma social e marginalização do luto materno, sendo entendido como uma falha da mulher como mãe e esposa. A ideação suicida e vontade de se juntar ao filho falecido também podem ocorrer<sup>7,14</sup>.

A dor da perda tem de ser elaborada ao longo do tempo e o casal tem de se permitir sentir, expressar e manifestar a dor, para que seja possível a atribuição de um significado. Na verdade, estudos apontam para o facto dos pais que encontraram um sentido para a morte dos seus filhos, referirem menos angústia, maior satisfação conjugal, manutenção do vínculo com a criança que morreu e melhores resultados na saúde física<sup>15</sup>. Quanto às manifestações emocionais, o choro, por exemplo, para algumas mulheres é incontrolável, enquanto para outras é bloqueado, numa tentativa de manter o autocontrolo, reprimindo as emoções ligadas à perda<sup>15</sup>. Nesta fase pode existir um período longo de tristeza, solidão, isolamento, vazio, desespero e autorreflexão<sup>4,13,14</sup>.

Na terceira fase, os ciúmes pelas outras mulheres que estão grávidas ou que foram mães recentemente são predominantes, existindo um evitamento de confrontação com estas situações<sup>7</sup>.

A seguir o casal começa a adaptar-se à nova realidade, com a reorganização de papéis e tarefas. Os sintomas físicos começam a melhorar e a tristeza também melhora ligeiramente<sup>4</sup>. Surge a capacidade, em termos emocionais, de prosseguir com a vida e de aceitar e consolidar a ausência do filho perdido, determinando objetivos para que a vida continue<sup>4</sup>. Começam a fazer planos para o futuro, relembram o filho sem sofrimento e encontram alegria na vida novamente<sup>4</sup>.

Nalguns casos, dá-se uma quinta fase quando a mulher volta a engravidar, em que só o nascimento de uma criança saudável permite a resolução do processo de luto. Segundo os estudos cerca de 50 a 80% das mulheres que experienciaram uma perda fetal, engravidam de novo<sup>4,12</sup>.

É importante referir que as reações do luto devem ser interpretadas individualmente, pois variam de pessoa para pessoa e são influenciadas por outros fatores, como as circunstâncias da morte e outras experiências semelhantes no passado<sup>4,6,9,14</sup>. Alguns casais regressam rapidamente à sua rotina, outros demoram mais tempo; alguns preferem estar a maior parte do tempo sozinho, outros preferem o apoio de familiares<sup>4</sup>.

A experiência do luto fetal é condicionada por fatores situacionais, internos e externos. O número de crianças vivas, a parentalidade de um gêmeo sobrevivente, a morte fetal recorrente, gravidezes subsequentes e eventos de vida stressantes são exemplos de fatores situacionais<sup>3,6</sup>. Além disso, o género (homens e mulheres vivenciam os processos de luto de forma diferente, uma vez que a mulher estabelece um vínculo com o feto desde muito cedo na gravidez, enquanto que para o homem a relação é mais mental<sup>3,4</sup>) e os traços de personalidade podem influenciar este processo, quando existe uma predisposição para a culpa, vergonha ou inveja e ciúmes<sup>3,6</sup>. Por último, a perceção da morte fetal é influenciada também pela cultura, fé e tradições<sup>3</sup>.

Embora o luto seja um processo natural e não patológico, por vezes pode-se desenvolver uma perturbação de luto persistente em que os sintomas são mais disruptivos e perduram no tempo<sup>4,6</sup>.

Para evitar isto, é importante considerar que a notícia deve ser dada pela equipa que acompanha a mulher e que se encontra mais capacitada para responder às questões/dúvidas<sup>4</sup>. Na verdade o casal pretende informação clara e objetiva sobre as causas subjacentes à morte fetal e querem que os seus sentimentos sejam validados<sup>4,12,17</sup>. É importante que a equipa reconheça que se trata de uma perda significativa e que a perda não deve ser mascarada ou minimizada com o foco no futuro e na possibilidade de nova gravidez<sup>4,12,14</sup>.

A falta de conhecimento sobre o impacto físico, emocional e social da perda fetal nos pais e famílias, em conjunto com o desconforto em falar sobre o luto e com os pais enlutados acaba por prejudicar os cuidados de saúde prestados<sup>4,9,17</sup>. Palavras de conforto e o toque humano, respeitando a individualidade e o contexto cultural, podem ser suficientes nesta fase<sup>4,9,12,17</sup>.

De referir que estes pais muitos vezes estão hipersensíveis a qualquer olhar, toque, comentário ou reação dos profissionais de saúde. Assim, o processo de cuidados de saúde aos pais enlutados inclui 5 passos<sup>4</sup>.

1. Comunicar com sensibilidade e empatia;
2. Ter um conhecimento básico sobre as reações de luto mais comuns, fases do processo do luto e sinais e sintomas de Perturbação de Luto Persistente (PLP);

3. Estar familiarizado com os protocolos clínicos de intervenção no luto;
4. Estar consciente das necessidades familiares e fazer referências adequadas;
5. Fazer um follow-up com os familiares para assegurar que as necessidades estão a ser respondidas.

A referência para consulta de Psicologia ou Psiquiatria deve respeitar o tempo da mulher/casal para integrar a perda. Poderão existir situações de maior complexidade, como a complicação do processo de luto ou a existência de psicopatologia<sup>18</sup>. Na verdade, a morte fetal está associada a uma perturbação de luto persistente mais frequentemente do que noutras perdas<sup>4,13</sup>.

Na CID-11 (11<sup>a</sup> edição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde) a Perturbação de Luto Persistente (PLP) caracteriza-se por um anseio grave e persistente pelo falecido, podendo estar associado a dificuldades em aceitar a morte, sentimentos de perda de parte de si próprio, raiva sobre a perda, culpa ou acusações referidas à perda ou dificuldade de cometimento em novas atividades sociais devido à perda. Os sintomas devem persistir 6 meses após a morte e conduzir a perturbação funcional. De seguida apresentam-se as características da PLP:

Tabela 1: Critérios de Diagnóstico de Perturbação de Luto Persistente (PLP) pela CID-11 (11<sup>a</sup> edição da Classificação de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - proposta)

**Critérios de Diagnóstico de Perturbação de Luto Persistente (PLP)**

<b>Critério 1:</b> Perda de alguém significativo
<b>Critério 2:</b> Ansiedade de separação – saudades, dor emocional, tristeza e pesar pela ausência da pessoa a um nível intenso e disruptivo
<b>Critério 3:</b> Presença de 5 ou mais sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais, diariamente ou a um nível disruptivo: a) Confusão em relação ao seu próprio papel na vida, sensação de que já não sabe quem é; b) Dificuldade em aceitar a perda; c) Evitar lembrar a realidade da perda; d) Incapacidade para confiar nos outros depois da perda; e) Sentimentos de amargura e revolta relacionados com a perda; f) Dificuldade em continuar com a vida (fazer novos amigos, ter novos interesses); g) Perceção de estar emocionalmente entorpecido; h) Sentir que a vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a perda; i) Sentimentos de choque, atordoamento e confusão pela perda
<b>Critério 4:</b> O diagnóstico só deve ser feito pelo menos 6 meses após a perda
<b>Critério 5:</b> Impacto significativo nas áreas de funcionamento social, ocupacional ou outra
<b>Critério 6:</b> Exclusão de consumo de substâncias, condições médicas e os sintomas não são melhor explicados por Perturbação Depressiva Major, Perturbação de Ansiedade ou Perturbação de Stress Pós-Traumático

No entanto, não existe um marco temporal que defina o luto fetal<sup>3</sup>, embora algumas intervenções de suporte possam diminuir a intensidade e duração da resposta. Geralmente o processo de luto tem uma duração de 12-24 meses, com os sintomas a diminuírem de intensidade progressivamente ao longo do tempo<sup>4,18</sup>.

De seguida apresenta-se uma tabela que refere sucintamente as principais diferenças entre os sintomas de luto não complicado, isto é um luto normativo e de PLP, e que neste último caso podem justificar acompanhamento especializado:

Tabela 2: Dados do *Centre for Clinical Interventions. Grief and bereavment 2016*. Adaptado de Cassaday, T.M. Impact of Pregnancy Loss on Psychological Functioning and Grief Outcomes. *Obstet Gynecol Clin N Am 45* (2018): 525-533

Sintomas de Luto não Complicado	Sintomas de PLP
Insónia	Afastar sentimentos dolorosos
Perda de Appetite	Evitar o processo de luto
Sentimentos de ansiedade	Uso de álcool ou outras substâncias
Sensação de perda	Aumento das queixas físicas e doenças
Recusa em acreditar que a perda ocorreu	Alterações do humor intensas
Sensação de dormência	Isolamento prolongado
Sentimentos de culpa	Negligência do autocuidado
Preocupações sobre não fazer o luto corretamente	Negligência das responsabilidades em casa e no trabalho
Alterações do humor	
Ondas de raiva ou tristeza	
Sensação de ver ou ouvir a criança falecida	
Isolamento	
Sentimento de sobrecarga	
Culpa por estar a voltar à vida normal	

Existem fatores de risco que estão associados ao desenvolvimento de luto complicado e aos quais os profissionais de saúde devem estar atentos. Destacam-se: idade materna jovem, baixo suporte sociofamiliar, mortes fetais recorrentes, história de trauma, doença psiquiátrica pré-existente, ausência de outros filhos, uma gravidez em idade gestacional mais avançada, história de infertilidade, ausência de crenças religiosas, não participação em rituais fúnebres, baixa satisfação matrimonial e dificuldades relacionais pré-existent<sup>4,6,12,14</sup>.

Idealmente, deveria ser realizado um *screening* às 6 semanas após o parto, para identificar os pais com necessidade de acompanhamento especializado<sup>4,18</sup>.

A psicoterapia poderá representar um benefício para os pais enlutados ao fornecer estratégias de relaxamento, ao potenciar o envolvimento em atividades positivas e ao alterar pensamentos negativos, como forma de combater os sintomas de ansiedade e depressão associados<sup>4,9</sup>. Nesta população a terapia cognitivo comportamental, terapia interpessoal e terapia de casal parecem ter bons resultados<sup>4,5,14</sup>. É fundamental envolver ambos os pais e assegurar o diálogo entre eles<sup>4</sup>.

Por último, o recurso a psicofármacos, como os antidepressivos, pode ser necessário para tratar sintomas depressivos associados ao luto, sempre em combinação com estratégias de psicoterapia<sup>4,14</sup>. As benzodiazepinas podem ser úteis inicialmente, mas devem ser utilizadas

num curto período de tempo<sup>4,14</sup>. A medicação só deve ser prescrita depois de uma discussão detalhada ponderando os riscos e benefícios<sup>4</sup>.

Na seguinte tabela encontram-se resumidos os princípios na abordagem ao casal, família e profissionais de saúde envolvidos na morte fetal:

Tabela 3: Metz, TD. et al, American College of Obstetricians and Gynecologists e Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of stillbirth. *Obstetric Care Consensus* (2020); 135:

<b>Cuidados individualizados no Luto</b>	Os cuidados no luto devem ser individualizados, reconhecendo as necessidades pessoais, culturais ou religiosas do casal. É necessário passar algum tempo com os pais para ganhar conhecimento acerca dos seus desejos.
<b>Boa comunicação</b>	A comunicação deve ser clara e honesta. O termo “o seu bebê” deve ser utilizado; enquanto os termos “feto, embrião ou aborto espontâneo” devem ser evitados.
<b>Tomada de decisões partilhada</b>	O casal deve ter acesso a toda a informação durante qualquer decisão importante no que diz respeito a eles próprios ou ao seu bebê. Deve também ser dado tempo para que possam considerar todas as opções disponíveis.
<b>Reconhecimento da parentalidade</b>	O reconhecimento da parentalidade e o papel de fazer memórias é vital para o processo de luto e para a transição lenta da relação destes pais com este bebê.
<b>Reconhecimento do luto dos pais e da família</b>	Reconhecer que o luto de ambos os progenitores e da família pode ser tão profundo como o luto da mãe e que qualquer um deles pode precisar de suporte.
<b>Reconhecimento do luto como um processo individual</b>	Reconhecimento de que o luto é uma jornada e que todos os pais irão reagir e lidar de forma diferente com a perda. A intensidade e duração do luto será diferente. Os profissionais de saúde devem ter consciência de que diferentes respostas ao luto são normais e que não existe uma forma correta de elaborar o luto.
<b>Conhecimento sobre memoriais, cremação e funerais</b>	Todos os bebês, independentemente do tempo de gestação devem ser tratados com respeito. Opções acerca de memoriais, cremação, funerais convencionais, entre outros devem ser discutidos ainda antes do processo do parto, de forma a dar tempo aos pais de se organizarem e de considerarem todas as opções.
<b>Acesso a apoio/suporte emocional</b>	Os pais em luto devem ter acesso a informação sobre o apoio emocional existente, devendo as suas emoções ser normalizadas e a procura por este apoio encorajada. Os pais que tiveram acesso a estes apoios em que o seu luto foi ouvido, compreendido e validado reportaram maior esperança no futuro.
<b>Treino dos profissionais de saúde no processo de luto</b>	Todos os profissionais de saúde que lidam com pais em luto devem ter oportunidade de fazer formação e estarem familiarizados com os princípios dos cuidados no processo e elaboração do luto.
<b>Profissionais de saúde com acesso a autocuidados</b>	É normal não estar bem depois da morte de um bebê. Toda a equipa de medicina materno-fetal estará emocionalmente afetada antes, durante e após a morte de um bebê. Os profissionais de saúde têm o papel de “ajudar” os outros e quando eles não conseguem, isto pode trazer emoções negativas acrescidas. O suporte interpares e a entreaajuda de toda a equipa tem demonstrado ser um fator preditor positivo de adaptação individual dos profissionais de saúde intervenientes.

#### 4 CONCLUSÕES

O luto fetal, que se segue a uma morte fetal, é um processo global, complexo e multifacetado<sup>3</sup>. Apesar do luto fetal ser experienciado de forma diferente pelas pessoas, existem características comuns como a presença de dor<sup>3,9</sup>. O dia-a-dia, após a perda do bebê, é marcado por intensos sentimentos de tristeza, sofrimento, angústia, desespero, desânimo e inconformismo<sup>9,15,17</sup>.

Os profissionais de saúde são igualmente preponderantes para a evolução do processo de luto, de acordo com a assistência proporcionada junto da díade parental no momento da perda e no puerpério<sup>4,11,14</sup>.

A morte fetal é um acontecimento que invoca um processo de luto particular, existindo uma dificuldade acrescida em lidar com os pais por parte da sociedade em geral, e dos profissionais de saúde em particular<sup>4,17</sup>. Os profissionais revelam dificuldade na intervenção junto da mulher/casal, sendo a relação de proximidade substituída pelo evitamento<sup>4</sup>. A perda fetal é um assunto pouco abordado, pelo que a informação e o apoio fornecidos a estes pais são escassos<sup>17</sup>. É emergente a formação para que os profissionais de saúde adquiram competências e habilidades para apoiarem o casal neste processo de transição<sup>4,11,14</sup>.

O uso de uma terminologia adequada em conjunto com uma relação de empatia, numa equipa que entende as experiências e necessidades dos diferentes pais e famílias parecem ter um impacto positivo a longo prazo e melhorar o prognóstico deste casal<sup>1,4,17</sup>. Assim, é fundamental que os cuidados de saúde sejam prestados por uma equipa multidisciplinar que mantenha um diálogo e tenha abertura para responder de forma clara às dúvidas da mulher e da sua família<sup>15,17</sup>.

O acompanhamento deve ser individualizado, no conhecimento de cada casal e das suas necessidades, compreendendo a dimensão destas vivências e identificando as dificuldades, para promover intervenções de acordo com cada situação<sup>4,14,15</sup>.

Todos os profissionais que integram a equipa terapêutica têm igual importância na atuação com estes pais, tanto na diminuição do sofrimento vivido por essas mulheres e seus familiares, quanto na prevenção de situações que podem levar à perpetuação do sofrimento psíquico e/ou desencadear quadros patológicos<sup>15</sup>.

Apesar da maioria das mulheres não necessitarem de qualquer tipo de intervenção especializada no processo de luto, é fundamental haver uma monitorização próxima, principalmente se forem identificados fatores de risco<sup>4,6,8,9,12,14</sup>. Reconstruir a vida sem o seu filho é uma das mais dantescas tarefas da morte fetal e, contudo, no meio deste processo, o crescimento pessoal pode acontecer<sup>4</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Smith, LK *et al.* Parents' experiences of care following the loss of a baby at the margins between miscarriage, stillbirth and the neonatal birth: a UK qualitative study. *Na International Journal of Obstetrics an Gynecology* (BJOG) 2020; 127: 868-874;
2. Huberty, J. *et al.* Online yoga to reduce post-traumatic stress in women who have experienced stillbirth: a randomized control feasibility trial. *BMC Complementary Medicine and Therapies* (2020) 20: 173;
3. Fenstermacher, K. e Hupcey, J.F. Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2013. 69 (11): 2389-2399;
4. Cassaday, T.M. Impact of Pregnancy Loss on Psychological Functioning and Grief Outcomes. *Obstet Gynecol Clin N Am* 45 (2018): 525-533;
5. Robinson, G.E. MD. Pregnancy loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and GynecologyI.* (2014); 28: 169-178;
6. Kersting, A.MD e Wagner, B. PhD. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2012. 14(2): 187-194;
7. Duarte, C.A.M e Turato, E.R. Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo, Maringá* (2009); 14 (3): 485-490;
8. Hutti, M.H. *et al.* Predicting grief intensity after recent perinatal loss. *Journal of Psychosomatic Research* (2017); 101: 128-134;
9. Heazell, A.E.P. *et al.* Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; 387: 604-16;
10. Shakespeare, C. *et al.* Parents' and healthcare professionals' experiences of care after stillbirth in low and middle-income countries: a systematic review and metasummary. Accepted article;
11. Warland J. PhD *et al.* "They told me all mothers have worries", stillborn mother's experiences of having a 'gut instinct' that something is wrong in pregnancy: Findings from na international case-control study. *Midwifery* (2018); 62: 171-176;
12. Fockler, M.E. *et al.* Pregnancy subsequent to stillbirth: Medical and psychosocial aspects of care. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine* (2014); 22: 186-192;
13. Burden, C. *et al.* From grief, guilt pain and stigma to hope and pride – a systematic review and meta-analysis of mixed-method research of the psychosocial impact of stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016); 16:9;
14. Flenady, V. *et al.* Meeting the needs of parents after a stillbirth or neonatal death. *BJOG* 2014; 121 (Suppl. 4): 137-140;

15. Consonni, E.B. e Petean, E.B.L. Perda e luto: vivências de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013. 18(9):2663-2670;
16. Taxas de mortalidade neonatal e taxa de mortalidade fetal tardia. PORDATA – *Gráfico de Portugal e Europa*. Última atualização a 9 de novembro de 2020. Consultado a 16 de janeiro de 2021. <https://www.pordata.pt/Europa/Taxas+de+mortalidade+neonatal+e+taxa+de+mortalidade+fetal+tardia-1258>;
17. Azevedo, C.B. e Ramalho, C. Desafios nos cuidados após morte fetal: deverá a via do parto ser uma escolha materna? Artigo de revisão. *Acta Obstet Ginecol Port* 2020;14(3): 163-170;
18. Hogue, C.J.R. *et al*. The association of stillbirth with depressive symptoms 6-36 months post-delivery. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* (2015); 29: 131-143;
19. Metz, TD. *et al*, American College of Obstetricians and Gynecologists e Society for Maternal-Fetal Medicine. Management of stillbirth. *Obstetric Care Consensus* (2020); 135: 3.