

SINTOMATOLOGIA CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA APÓS UMA INTERRUPÇÃO MÉDICA DA GRAVIDEZ: QUEM MANIFESTA REAÇÕES INTENSAS DE TRAUMA E LUTO?

*BÁRBARA NAZARÉ^(***); ANA FONSECA^(***) E MARIA CRISTINA CANAVARRO^(***)*

Em Portugal, o enquadramento legal vigente (lei 16/2007 de 17 de abril) possibilita a interrupção médica da gravidez (IMG) até às 24 semanas de gestação quando é diagnosticada ao feto uma doença grave ou uma malformação congénita incurável, prazo que é extensível até ao final da gravidez caso o feto seja considerado inviável. No ano de 2010, verificaram-se, no nosso país, 440 interrupções da gravidez por estes motivos (Direcção-Geral de Saúde, 2011).

A experiência de IMG constitui um acontecimento de vida significativo, atendendo a que é frequentemente inesperada, tende a ocorrer no contexto de uma gravidez desejada e comporta a dimensão física da perda – especificidades que levam a que, mesmo tendo decorrido anos após a perda, exista uma percentagem significativa de mulheres a apresentar psicossintomatologia clinicamente significativa (Kersting et al., 2005). Consistentemente, as mulheres que experienciam uma IMG têm maior probabilidade de manifestar sintomatologia psicopatológica (particularmente depressiva e ansiosa), quando comparadas com mulheres cujos filhos nasceram saudáveis (Kersting et al., 2007).

O impacto traumático da IMG está patente na prevalência de sintomatologia clinicamente significativa que se verifica nos meses posteriores à perda. Cerca de 4 meses depois da IMG, verificou-se que 44% das mulheres e 21.6% dos homens manifestavam sintomas de trauma clinicamente relevantes, o que constitui uma diferença de género estatisticamente significativa (Korenromp et al., 2007). Num estudo posterior, que incluiu uma amostra só de mulheres, a prevalência de sintomatologia traumática clinicamente significativa foi de 20.5%, decorridos 16 meses desde a perda (Korenromp, Page-Christiaens, van den Bout, Mulder, & Visser, 2009).

(*) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; (*) Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE.

O impacto traumático a curto prazo (cerca de 6 semanas após a IMG) parece depender da idade gestacional em que esta ocorre (sendo significativamente mais elevado quando a perda acontece no segundo trimestre, por comparação ao primeiro), mas não se verificam diferenças atendendo à paridade (Davies, Gledhill, McFayden, Whitlow, & Economides, 2005).

Uma idade gestacional mais avançada aquando da perda e níveis superiores de religiosidade, bem como menor apoio do companheiro na decisão de interromper a gravidez, foram identificados como preditores de maior sintomatologia traumática, quatro meses após a IMG (Korenromp et al., 2007).

A prevalência de sintomatologia clinicamente significativa de luto referida nos estudos tende a ser inferior à de trauma. No entanto, verificam-se diferenças entre os estudos, que podem resultar das diferentes metodologias de avaliação utilizadas: enquanto Kersting et al. (2007) referem prevalências de 38.9% (duas semanas após a IMG), 16.7% (seis meses após a IMG) e 13.9% (14 meses após a IMG), Korenromp et al. (2009) apontam para valores de 8.8% (quatro meses após a IMG) e 2.1% (16 meses após a IMG). Ambos os estudos incluíram amostras apenas de mulheres. Já Korenromp et al. (2007), num estudo com casais, identificaram diferenças de género nas prevalências de sintomatologia de luto, com as mulheres a apresentarem valores significativamente superiores (9.7% vs. 2.4%), quatro meses após a perda (Korenromp et al., 2007).

Quatro meses após a IMG, uma intensidade superior das manifestações de luto parece depender, por um lado, de níveis mais elevados de religiosidade, de uma idade gestacional superior aquando da IMG e de um maior grau de dúvida acerca da decisão de interromper a gravidez e, por outro lado, de menor apoio recebido por parte do companheiro e da perceção de menor auto-eficácia (Korenromp et al., 2007). Passados 14 meses da perda, verificou-se que variáveis como a idade da mulher, a idade gestacional aquando da IMG e a paridade não se revelaram predictoras da sintomatologia clínica de luto (Kersting et al., 2007).

Embora a sintomatologia patológica quer de trauma quer de luto tenda a diminuir significativamente ao longo do tempo (Kersting et al., 2007; Korenromp et al., 2009), verifica-se que a presença de manifestações de psicossintomatologia a curto prazo é o melhor preditor da existência de reações clinicamente relevantes a médio prazo. Especificamente, verificou-se que 32.8% das mulheres que, quatro meses após a IMG, manifestavam sintomatologia traumática continuavam a fazê-lo aos oito e aos 16 meses; considerando os mesmos momentos de avaliação, a prevalência de mulheres a manifestar consistentemente sintomatologia de luto foi de 14.3% (Korenromp et al., 2009).

Assim, é importante identificar, tão cedo quanto possível, os casais com maior risco de manifestar reações desadaptativas, de forma a intervir eficaz e rapidamente. O presente estudo teve como objetivos: 1) avaliar a prevalência de reações clinicamente significativas de trauma e de luto no primeiro trimestre após a IMG e 2) comparar os participantes com e sem manifestações clinicamente

significativas de trauma e de luto, considerando variáveis demográficas (género) e clínicas (paridade, características da gravidez e causa da IMG).

MÉTODO

Participantes

A amostra do estudo incluiu 48 participantes - 26 mulheres (54.2%) e 22 homens (45.8%) – com uma idade média de 33.27 anos ($DP = 5.86$). Todos os participantes eram casados ou unidos de facto e aproximadamente metade ($n = 25$, 52.1%) já tinha filhos. Relativamente às habilitações literárias, os participantes estudaram, em média, durante 11.92 anos ($DP = 4.36$). A grande maioria ($n = 44$, 91.7%) da amostra encontrava-se empregada. No que respeita a características clínicas, a IMG ocorreu, em média, há 2.23 meses ($DP = 0.59$) e verificou-se aproximadamente às 21.19 semanas de gestação ($DP = 5.21$). O diagnóstico mais frequente correspondeu a anomalias cromossómicas ($n = 14$, 29.2%).

Material

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: avalia os principais dados sociodemográficos (género, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) e clínicos (paridade, dados sobre a gravidez e sobre a IMG).

Escala de Luto Perinatal (Potvin, Lasker, & Toedter, 1989; versão portuguesa: Rocha, 2004): questionário com 33 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Concordo totalmente* a *Discordo totalmente*). Pretende avaliar os pensamentos e sentimentos atuais da pessoa face a uma perda reprodutiva, incluindo três fatores (que dizem respeito a sintomatologia progressivamente menos adaptativa): Luto Ativo (sinais normativos de luto, incluindo choro, tristeza e saudades do bebé), Dificuldades de *Coping* (dificuldades no desempenho de atividades e no relacionamento com os outros) e Desespero (sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal). A consistência interna da escala total nesta amostra foi de .96. Pontuações mais elevadas refletem maior intensidade do luto, tendo a pontuação total de 90 sido considerada como ponte de corte para identificar sintomatologia clinicamente significativa (Davies et al., 2005).

Escala de Impacto de um Evento - Revista (Weiss & Marmar, 1997; versão portuguesa: Rocha et al., 2006): questionário com 22 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Nada a Extremamente*). Pretende avaliar o nível de sofrimento decorrente de um conjunto de manifestações traumáticas associadas a um acontecimento específico, incluindo três fatores (que pretendem traduzir os três componentes da Perturbação de Stress Pós-Traumático, embora não constituam um instrumento de diagnóstico): Intrusão (sinais como pensamentos, imagens e sentimentos intensos acerca do acontecimento), Evitamento (esforços da pessoa para não pensar ou não falar sobre o acontecimento e

para não se deixar afetar por ele) e Hiperativação (sentimentos como irritabilidade, hipervigilância e dificuldades de concentração). A consistência interna da escala total nesta amostra foi de .92. Pontuações mais elevadas refletem maior intensidade das manifestações traumáticas, tendo a pontuação total de 33 sido considerada como ponte de corte para identificar sintomatologia clinicamente significativa (Creamer, Bell, & Failla, 2003).

Procedimentos

Esta investigação enquadra-se no âmbito de um projeto longitudinal atualmente em curso, aprovado pela Comissão de Ética dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), EPE. Os participantes foram contactados pelos investigadores na Maternidade Dr. Daniel de Matos, HUC, EPE, aproximadamente um mês após a data de IMG. Os objetivos do estudo foram apresentados e as pessoas disponíveis para colaborar assinaram um documento de consentimento informado. Foram distribuídas duas versões (feminina e masculina) dos questionários, juntamente com um envelope selado, tendo sido pedido aos casais que preenchessem os questionários em casa e os enviassem pelo correio para os investigadores. Os critérios de inclusão para o presente estudo englobaram: a) IMG ocorrida nos últimos três meses; b) idade materna superior a 18 anos; c) capacidade para compreender os questionários do protocolo de avaliação; e d) preenchimento de, no mínimo, 80% das perguntas dos questionários.

Os dados deste estudo foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Em termos de estatísticas descritivas, foram calculadas as médias e os desvios-padrão relativamente a dados sociodemográficos e clínicos. Foram efetuados testes de χ^2 para comparações de grupos com e sem reações clinicamente significativas de trauma e luto, atendendo a diferentes variáveis (género, paridade, presença de movimentos fetais e causa da anomalia). O nível de significância considerado foi de .05.

RESULTADOS

Na nossa amostra, as percentagens de participantes com sintomatologia clinicamente significativa de trauma e de luto foram, respetivamente, 29.2% ($n = 14$) e 18.8% ($n = 9$). Como mostra o Quadro 1, era significativamente mais provável haver manifestações de sintomatologia traumática quando já era possível sentir os movimentos fetais. Relativamente ao luto, as manifestações mais intensas eram significativamente mais frequentes entre as mulheres e quando as causas da anomalia não estavam identificadas. Não se verificaram diferenças, quer no trauma, quer no luto, atendendo à paridade.

Quadro 1

Participantes com reações clinicamente significativas de trauma e luto atendendo a diversas variáveis demográficas e clínicas

| | | Trauma <i>n</i> (%) | χ^2 | <i>p</i> | Luto <i>n</i> (%) | χ^2 | <i>p</i> |
|-------------------|--------------|------------------------|----------|----------|----------------------|----------|----------|
| Género | Mulheres | 8 (30.8) | 0.07 | .791 | 8 (30.8) | 5.38 | .020 |
| | Homens | 6 (27.3) | | | 1 (4.5) | | |
| Paridade | Primíparos | 5 (21.7) | 1.18 | .278 | 3 (13.0) | 0.94 | .331 |
| | Múltiparos | 9 (36.0) | | | 6 (24.0) | | |
| Movimentos fetais | Sim | 13 (39.4) | 5.35 | .021 | 8 (24.2) | 2.09 | .148 |
| | Não | 1 (6.7) | | | 1 (6.7) | | |
| Causa da anomalia | Identificada | 4 (20.0) | 1.62 | .203 | 1 (5) | 5.24 | .022 |
| | Desconhecida | 8 (38.1) | | | 7 (33.3) | | |

Verificou-se ainda que seis (12.5%) participantes manifestaram simultaneamente reações clinicamente significativas de trauma e de luto. Este grupo era maioritariamente constituído por mulheres ($n = 5$, 83.3%). Na maioria das vezes, os movimentos fetais já eram sentidos ($n = 5$, 83.3%) e a causa da anomalia não estava identificada ($n = 4$, 66.7%). Todas as gravidezes foram desejadas e planeadas, sendo que metade do grupo ($n = 3$) já tinha filhos.

DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivos avaliar a prevalência de sintomatologia clínica de trauma e de luto no primeiro trimestre após uma IMG e identificar variáveis demográficas e clínicas a ela associadas. As prevalências de sintomatologia clínica de trauma e de luto encontradas no nosso estudo diferiram das referidas na literatura – enquanto as manifestações clínicas de trauma se verificaram numa proporção inferior à reportada por Korenromp et al. (2007), as de luto, no caso das mulheres, excederam os valores de Korenromp et al. (2007, 2009), tendo-se aproximado dos dados indicados por Kersting et al. (2007). O facto de as avaliações ocorrerem em momentos diferentes e de serem utilizados critérios distintos na classificação da sintomatologia pode ajudar a explicar estas divergências.

Embora não se tenham verificado diferenças de género ao nível da sintomatologia traumática (contrariamente ao estudo de Korenromp et al., 2007), verificou-se que as mulheres tinham maior probabilidade de apresentar reações clínicas de luto, o que é consistente com a literatura (Korenromp et al., 2007) e constitui um fenómeno designado como luto incongruente (Callister, 2006). Especificamente, as mulheres tendem a manifestar sinais de luto mais intensos e por períodos mais prolongados, o que se atribui à sua maior ligação ao bebé e ao facto de experienciarem fisicamente a perda, enquanto os homens podem evitar demonstrar sinais externos de sofrimento por considerarem

necessário serem fontes de apoio para as companheiras (Heustis & Jenkins, 2005). Estas diferenças podem originar dificuldades conjugais, pelo que é necessário estar particularmente atento à existência de divergências intracasal na forma de vivenciar a perda, disponibilizando apoio clínico quando necessário (White-Van Mourik, Connor, & Ferguson-Smith, 1992).

O facto de o impacto traumático poder ser superior quando o casal já sente os movimentos fetais é congruente com os resultados de Davies et al. (2005), que consideram preferível uma IMG de primeiro trimestre (sempre que possível), de maneira a atenuar as reações traumáticas associadas a este evento. Os autores sublinham que, no segundo trimestre, a relação estabelecida com o bebé tem uma duração maior, intensificando o sentimento de perda, o que se alia ao método de parto, que também difere – quando a IMG ocorre no segundo trimestre, o parto é induzido e os pais têm a possibilidade de ver o bebé.

Por fim, o facto de nem sempre se identificar uma causa para o diagnóstico constitui uma especificidade da perda reprodutiva e um possível obstáculo à adaptação, ao dificultar a compreensão do evento e, simultaneamente, ao poder potenciar sentimentos de culpa, particularmente entre as mulheres (Barr, 2004). Torna-se assim revelante avaliar, em contexto clínico, as atribuições do casal relativamente à ocorrência da perda, de forma a corrigir possíveis enviesamentos.

Importa ressaltar que a amostra deste estudo é pequena, o que condicionou o tipo de análises estatísticas que pudemos realizar. Futuramente, é importante constituir amostras mais numerosas, de forma a poder analisar a influência destas variáveis com recurso a análises estatísticas mais robustas.

REFERÊNCIAS

- Barr, P. (2004). Guilt- and shame-proneness and the grief of perinatal bereavement. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 77, 493-510. doi: 10.1348/1476083042555442.
- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489-1496. doi:10.1016/j.brat.2003.07.010
- Davies, V., Gledhill, J., McFayden, A., Whitlow, B., & Economides, D. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: A pilot study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 25, 389-392. doi:10.1002/uog.1854.
- Direcção-Geral de Saúde (2011). *Relatório dos registos das interrupções de gravidez ao abrigo da lei 16/2007 de 17 de Abril: Dados referentes ao período de Janeiro a Dezembro de 2010*. Lisboa: Edição de autor.

- Heustis, J., & Jenkins, M. (2005). *Companioning at a time of perinatal loss: A guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins: Companion Press.
- Kersting, A., Dorsch, M., Kreulich, C., Reutemann, M., Ohrmann, P., Baez, E., & Arolt, V. (2005). Trauma and grief 2-7 years after termination of pregnancy because of fetal anomalies: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26(1), 9-14. doi:10.1080/01443610400022967.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P., ... Suslow, T. (2007). Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 437-443. doi:10.1007/s00406-007-0743-1.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Potters, C. M. A. A., ... Visser, G. H. A. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenatal Diagnosis*, 27, 709-716. doi:10.1002/pd.1763.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., & Visser, G. H. A. (2009). Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: A longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201, 160.e1-160.e7. doi:10.1016/j.ajog.2009.04.007.
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-42. doi:10.1007/BF00962697.
- Rocha, J. C. F. C. da (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- White-Van Mourik, M. C. A., Connor, J. M., & Ferguson-Smith, M. A. (1992). The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis*, 12, 189-204. doi:10.1002/pd.1970120308.