RESUMO EXPANDIDO - IV. PESQUISA CIENTÍFICA RELACIONADA À AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS E GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

RELIGIOSIDADE, COPING ESPIRITUAL-RELIGIOSO E SAÚDE MENTAL DE MULHERES ENLUTADAS POR PERDA GESTACIONAL OU INFANTIL / RELIGIOSITY, SPIRITUAL-RELIGIOUS COPING, AND MENTAL HEALTH IN WOMEN BEREAVED BY GESTATIONAL OR INFANT LOSS / RELIGIOSIDAD, AFRONTAMIENTO ESPIRITUAL-RELIGIOSO Y SALUD MENTAL EN MUJERES

Mariana Jackes Martins (Mariana.jackes@ufu.br)

Luana Araújo Macedo Scalia (Luana.scalia@ufu.br)

INTRODUÇÃO

A perda gestacional ou infantil representa um evento de ruptura na trajetória de vida da mulher, interrompendo expectativas, vínculos e a construção da identidade materna. Trata-se de uma experiência potencialmente traumática, associada a elevada vulnerabilidade emocional, que pode evoluir para quadros de luto complicado, depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Estima-se que aproximadamente dois milhões de óbitos fetais ocorram anualmente no mundo, e dados brasileiros registraram mais de 19.000 óbitos fetais apenas em 2019, evidenciando a magnitude epidemiológica do problema.

O luto materno é um processo complexo, dinâmico e subjetivo, influenciado por fatores psicológicos, sociais, culturais e espirituais. A religiosidade e a espiritualidade têm sido reconhecidas como importantes estratégias de enfrentamento (coping) nesse contexto, podendo atuar de forma protetora,

quando associadas ao suporte comunitário, atribuição de sentido à perda e regulação emocional, ou de forma prejudicial, quando envolvem culpa, abandono divino e conflito espiritual. O coping espiritual-religioso negativo tem sido associado a maior sofrimento psíquico e pior adaptação ao luto, enquanto a religiosidade organizacional tende a se relacionar com melhores desfechos em saúde mental.

Embora a literatura internacional venha ampliando o conhecimento sobre a interface entre luto perinatal, saúde mental e religiosidade, estudos brasileiros que examinem simultaneamente esses domínios em mulheres participantes de grupos de apoio ainda são escassos, especialmente aqueles que avaliem múltiplos desfechos, como sintomas de luto perinatal e depressão, em uma mesma amostra com instrumentos validados.

OBJETIVOS

Analisar a associação entre religiosidade, coping espiritual-religioso e saúde mental em mulheres que vivenciaram perda gestacional ou infantil e participavam de grupos de apoio ao luto perinatal, avaliando os desfechos de luto perinatal (sofrimento ativo, dificuldade de enfrentamento e desespero) e sintomas depressivos. Como objetivos secundários: caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, clínicos e religiosos; avaliar os escores das escalas de luto perinatal e de depressão; e mensurar os níveis de religiosidade organizacional, não organizacional e intrínseca, bem como os escores de coping espiritual-religioso positivo e negativo.

MÉTODO

Trata-se de estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada entre outubro de 2021 e julho de 2022, por meio de plataformas digitais (Google Meet, WhatsApp, e-mail e Instagram), em decorrência das medidas de distanciamento social vigentes durante a pandemia de COVID-19. O estudo foi conduzido e relatado conforme as diretrizes STROBE.

Participaram 71 mulheres recrutadas de grupos de apoio ao luto perinatal online, por amostragem não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão foram: idade = 18 anos e histórico de perda gestacional (aborto

espontâneo, óbito fetal ou natimorto) ou perda de filho no primeiro ano de vida. O contato inicial foi realizado via aplicativo de mensagens, com apresentação dos objetivos do estudo e envio eletrônico do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o consentimento, as participantes receberam acesso ao questionário hospedado na plataforma Google Forms.

Os instrumentos utilizados foram: (1) questionário de caracterização sociodemográfica, clínica e religiosa; (2) Índice de Religiosidade da Universidade Duke (P-DUREL), com avaliação das dimensões de religiosidade organizacional (RO), não organizacional (RNO) e intrínseca (RI); (3) Escala de Coping Espiritual-Religioso Breve (CER-Breve-14), com avaliação do coping positivo e negativo; (4) Escala de Luto Perinatal (ELP), composta por três subescalas, sofrimento ativo, dificuldade de enfrentamento e desespero; e (5) Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), com ponto de corte = 10 para rastreamento de provável depressão.

Os dados foram analisados no IBM SPSS versão 23.0. Utilizaram-se estatísticas descritivas, testes qui-quadrado, teste t de Student e regressão linear múltipla para identificação de preditores independentes dos desfechos de luto e depressão. O nível de significância adotado foi de 5% (a = 0,05). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com número (CAAE: 50851221.0.0000.5152).

RESULTADOS

A amostra foi composta por 71 mulheres, com média de idade de 36,19 anos (DP = 8,08). A maioria possuía ensino superior completo ou incompleto (80,3%), cor autorreferida branca (59,2%), era casada ou vivia em união estável (85,9%) e estava empregada (83,0%). A renda familiar igual ou superior a três salários mínimos foi relatada por 62,0% das participantes. Em relação às perdas, 73,2% ocorreram durante o período gestacional, sendo complicações gestacionais a causa mais frequente (23,8%). O tempo decorrido desde a perda foi inferior a dois anos em 36,6% dos casos. A maioria (87,3%) relatou ter recebido algum tipo de suporte após a perda. Quanto à filiação religiosa, predominaram mulheres espíritas (29,6%), seguidas por evangélicas (25,4%) e católicas (25,4%). Em escala de 0 a 10, 74,7% atribuíram importância = 8 à religião no processo de luto.

Em relação ao luto perinatal, as médias dos escores da ELP foram: sofrimento ativo 37,72 (DP = 11,0), dificuldade de enfrentamento 32,64 (DP = 10,7) e desespero 28,20 (DP = 11,26), com escore total médio de 98,57 (DP = 30,57). Na regressão linear múltipla, mulheres de cor preta/parda apresentaram maiores escores de desespero (ß = 0,12; p = 0,02). O menor tempo desde a perda (< 2 anos) associou-se a maiores escores de sofrimento ativo (ß = 0,37; p = 0,001), dificuldade de enfrentamento (ß = 0,22; p = 0,05) e desespero (ß = 0,22; p = 0,04). O apoio no momento da perda associou-se a menores escores de desespero (ß = -0,26; p = 0,01). A religiosidade organizacional mostrou efeito protetor sobre sofrimento ativo (ß = -0,46; p < 0,01), dificuldade de enfrentamento (ß = -0,28; p = 0,04) e desespero (ß = -0,30; p = 0,02). Por outro lado, a religiosidade intrínseca associou-se a maiores escores de sofrimento ativo (ß = -0,327; p = 0,017), e o coping religioso negativo foi preditor independente de maior sofrimento ativo (ß = 0,321; p < 0,01), dificuldade de enfrentamento (ß = 0,401; p < 0,001) e desespero (ß = 0,381; p < 0,001).

Em relação à depressão, a prevalência de rastreamento positivo para provável depressão (EPDS = 10) foi de 70,4%. Entre os sintomas mais frequentes destacaram-se ansiedade sem motivo aparente (79,5%), pânico (53,4% no escore máximo) e ideação autolítica (63,0%). Na regressão linear múltipla para o escore da EPDS, perdas mais recentes associaram-se a maiores escores depressivos (ß = 0,37; IC95% 0,14–0,60; p = 0,0025). A religiosidade organizacional apresentou efeito protetor (ß = -0,29; IC95% -0,56 a -0,02; p = 0,037), enquanto o coping religioso negativo associou-se positivamente aos sintomas depressivos (ß = 0,35; IC95% 0,12–0,58; p = 0,003).

CONCLUSÃO

A perda gestacional ou infantil constitui contexto de elevada vulnerabilidade para a saúde mental feminina, com alta prevalência de sintomas de luto e depressão na amostra estudada. Os resultados evidenciam o papel ambivalente da religiosidade nesse processo: a religiosidade organizacional mostrou-se protetora tanto para os desfechos de luto quanto para os depressivos, enquanto o coping religioso negativo e a religiosidade intrínseca em excesso associaram-se a maior sofrimento psíquico. Esses achados reforçam a relevância de incorporar a avaliação da dimensão espiritual-religiosa na assistência de enfermagem e multiprofissional às mulheres enlutadas, possibilitando a identificação precoce de estratégias disfuncionais

de enfrentamento e o direcionamento de intervenções mais individualizadas, integrativas e sensíveis ao contexto cultural e religioso. O suporte oferecido por grupos religiosos, quando qualificado, pode representar um recurso complementar ao cuidado em saúde mental no luto perinatal.

REFERÊNCIAS

Alves B, Jenkins R, Rapp D. Perinatal loss definitions and clinical implications. Clin Obstet Gynecol. 2025;68(1):12-20.

Esperandio MRG, Marques LF, de Souza AC, Pargament KI. Brazilian validation of the Brief Religious/Spiritual Coping Scale (Brief RCOPE). Religions. 2018;9(1):31.

Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. Religions. 2010;1(1):78-85.

Paris GF, de Montigny F, Pelloso SM. Cross-cultural adaptation and validation of the Perinatal Grief Scale. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03212.

VanderWeele TJ. Religion and health: a synthesis. In: Balboni MJ, Peteet JR, editors. Spirituality and religion within the culture of medicine. New York: Oxford University Press; 2017. p. 357-401.

Introduction

Gestational or infant loss represents a rupturing life event that interrupts expectations, bonds, and the construction of maternal identity. It is a potentially traumatic experience associated with high emotional vulnerability, which may evolve into complicated grief, depression, anxiety, and post-traumatic stress. Approximately two million stillbirths occur annually worldwide, and Brazilian data recorded more than 19,000 fetal deaths in 2019 alone. Maternal grief is a

complex, dynamic, and subjective process influenced by psychological, social, cultural, and spiritual factors. Religiosity and spirituality have been recognized as important coping strategies in this context, potentially acting protectively, when associated with community support, meaning-making, and emotional regulation, or harmfully, when involving guilt, perceived divine abandonment, and spiritual conflict. Negative spiritual-religious coping has been associated with greater psychological distress and poorer grief adaptation, while organizational religiosity tends to correlate with better mental health outcomes. Despite growing international interest, Brazilian studies that simultaneously examine grief, mental health, and religiosity in women participating in support groups remain scarce, particularly those evaluating multiple outcomes with validated instruments in a single sample.

Objective

To analyze the association between religiosity, spiritual-religious coping, and mental health in women who experienced gestational or infant loss and participated in perinatal grief support groups, assessing outcomes of perinatal grief (active grief, difficulty coping, and despair) and depressive symptoms.

Method

Observational, cross-sectional, quantitative study. Data were collected between October 2021 and July 2022 through digital platforms (Google Meet, WhatsApp, email, and Instagram) due to COVID-19 social distancing measures, and reported according to STROBE guidelines. Seventy-one women were recruited from online perinatal grief support groups by non-probabilistic convenience sampling. Inclusion criteria: age = 18 years and history of gestational loss (spontaneous abortion, fetal death, or stillbirth) or loss of a child in the first year of life. Instruments included: sociodemographic, clinical, and religious characterization questionnaire; Duke University Religion Index (P-DUREL), assessing organizational, non-organizational, and intrinsic religiosity; Brief Spiritual-Religious Coping Scale (Brief RCOPE-14), with positive and negative coping subscales; Perinatal Grief Scale (PGS), with three subscales, active grief, difficulty coping, and despair; and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), with cutoff = 10 for probable depression screening. Data were analyzed using IBM SPSS v. 23.0, with descriptive statistics, chi-square tests, Student's t-test, and multiple linear regression to identify independent predictors of grief and depression outcomes. Significance level: 5% (a = 0.05). The study

was approved by the Institutional Review Board (CAAE: 50851221.0.0000.5152).

Results

The sample comprised 71 women with a mean age of 36.19 years (SD = 8.08). Most had completed or were attending higher education (80.3%), self-identified as White (59.2%), were married or in a stable relationship (85.9%), and were employed (83.0%). The majority of losses occurred during the gestational period (73.2%), with gestational complications as the most frequent cause (23.8%). Most participants (87.3%) reported receiving some form of support after the loss. Spiritist (29.6%), Evangelical (25.4%), and Catholic (25.4%) affiliations predominated. On a scale of 0–10, 74.7% rated religion's importance in their grieving process at = 8. Mean PGS subscale scores were: active grief 37.72 (SD = 11.0), difficulty coping 32.64 (SD = 10.7), and despair 28.20 (SD = 11.26). In multiple linear regression, shorter time since loss (< 2 years) was associated with higher active grief (ß = 0.37; p = 0.001), difficulty coping (ß = 0.22; p = 0.05), and despair (ß = 0.22; p = 0.04). Support at the time of loss was associated with lower despair scores (ß = -0.26; p = 0.01). Organizational religiosity showed a protective effect on active grief (ß = -0.46; p < 0.01), difficulty coping (ß = -0.28; p = 0.04), and despair (ß = -0.30; p = 0.02). Negative religious coping was an independent predictor of greater active grief (ß = 0.321; p < 0.01), difficulty coping (ß = 0.401; p < 0.001), and despair (ß = 0.381; p < 0.001). The prevalence of probable depression (EPDS = 10) was 70.4%. Organizational religiosity was protective against depression (ß = -0.29; p = 0.037), while negative religious coping was positively associated with depressive symptoms (ß = 0.35; p = 0.003).

Conclusion

Gestational or infant loss constitutes a context of high vulnerability for women's mental health, with high prevalence of grief and depressive symptoms in the sample studied. Results highlight the ambivalent role of religiosity: organizational religiosity proved protective for both grief and depression outcomes, while negative religious coping and excessive intrinsic religiosity were associated with greater psychological distress. These findings reinforce the relevance of incorporating spiritual-religious assessment into nursing and multiprofessional care for bereaved women, enabling early identification of dysfunctional coping strategies and guiding more individualized, integrative, and culturally sensitive interventions. Qualified religious community support may

represent a complementary resource in perinatal grief mental health care. Limitations include cross-sectional design, convenience sampling, and exclusive use of digital data collection platforms.

References

Alves B, Jenkins R, Rapp D. Perinatal loss definitions and clinical implications. Clin Obstet Gynecol. 2025;68(1):12-20.

Esperandio MRG et al. Brazilian validation of the Brief RCOPE. Religions. 2018;9(1):31.

Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL). Religions. 2010;1(1):78-85.

Paris GF, de Montigny F, Pelloso SM. Cross-cultural adaptation of the Perinatal Grief Scale. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03212.

VanderWeele TJ. Religion and health: a synthesis. In: Balboni MJ, Peteet JR, editors. Spirituality and religion within the culture of medicine. New York: Oxford University Press; 2017. p. 357-401.

Introducción

La pérdida gestacional o infantil representa un evento de ruptura en la trayectoria de vida de la mujer, interrumpiendo expectativas, vínculos y la construcción de la identidad materna. Se trata de una experiencia potencialmente traumática asociada a alta vulnerabilidad emocional, que puede evolucionar hacia duelo complicado, depresión, ansiedad y estrés postraumático. Se estima que aproximadamente dos millones de muertes fetales ocurren anualmente en el mundo, y los datos brasileños registraron más de 19.000 muertes fetales solo en 2019. El duelo materno es un proceso complejo, dinámico y subjetivo, influenciado por factores psicológicos, sociales, culturales y espirituales. La religiosidad y la espiritualidad han sido reconocidas como importantes estrategias de afrontamiento en este contexto, pudiendo actuar de manera protectora, cuando se asocian al apoyo comunitario, la atribución de sentido a la pérdida y la regulación emocional, o perjudicial, cuando involucran culpa, abandono divino y conflicto espiritual. El afrontamiento espiritual-religioso negativo se ha asociado a mayor sufrimiento psíquico y peor adaptación al duelo, mientras que la religiosidad organizacional tiende a relacionarse con mejores resultados en salud mental. A pesar del

creciente interés internacional, los estudios brasileños que examinan simultáneamente estos dominios en mujeres participantes de grupos de apoyo siguen siendo escasos, especialmente aquellos que evalúan múltiples desenlaces con instrumentos validados en una misma muestra.

Objetivo

Analizar la asociación entre religiosidad, afrontamiento espiritual-religioso y salud mental en mujeres que vivenciaron pérdida gestacional o infantil y participaban en grupos de apoyo al duelo perinatal, evaluando los desenlaces de duelo perinatal (sufrimiento activo, dificultad de afrontamiento y desesperanza) y síntomas depresivos.

Método

Estudio observacional, transversal, cuantitativo. La recolección de datos se realizó entre octubre de 2021 y julio de 2022 a través de plataformas digitales, en función de las medidas de distanciamiento social vigentes durante la pandemia de COVID-19, y fue reportado conforme las directrices STROBE. Participaron 71 mujeres reclutadas de grupos de apoyo al duelo perinatal en línea, por muestreo no probabilístico por conveniencia. Criterios de inclusión: edad = 18 años e historial de pérdida gestacional o de un hijo en el primer año de vida. Los instrumentos incluyeron: cuestionario de caracterización sociodemográfica y religiosa; Índice de Religiosidad de la Universidad Duke (P-DUREL); Escala de Afrontamiento Espiritual-Religioso Breve (CER-Breve-14); Escala de Duelo Perinatal (EDP); y Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS), con punto de corte = 10. Los datos fueron analizados en IBM SPSS v. 23.0, con estadísticas descriptivas y regresión lineal múltiple. Nivel de significancia: 5% (a = 0,05). El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CAAE: 50851221.0.0000.5152).

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 71 mujeres con edad media de 36,19 años (DE = 8,08). La mayoría tenía educación superior completa o en curso (80,3%), se autodeclaró blanca (59,2%), estaba casada o en unión estable (85,9%) y empleada (83,0%). La mayoría de las pérdidas ocurrió durante el período gestacional (73,2%). El 87,3% reportó haber recibido algún tipo de apoyo tras la pérdida. Predominaron mujeres espíritas (29,6%), seguidas de evangélicas y católicas (25,4% cada una). El 74,7% atribuyó importancia = 8 a la religión en el proceso de duelo. Las medias de la EDP fueron: sufrimiento activo 37,72 (DE

= 11,0), dificultad de afrontamiento 32,64 (DE = 10,7) y desesperanza 28,20 (DE = 11,26). En la regresión lineal múltiple, el menor tiempo desde la pérdida (< 2 años) se asoció con mayores puntuaciones de sufrimiento activo (ß = 0,37; p = 0,001), dificultad de afrontamiento (ß = 0,22; p = 0,05) y desesperanza (ß = 0,22; p = 0,04). La religiosidad organizacional mostró efecto protector sobre el sufrimiento activo (ß = -0,46; p < 0,01), la dificultad de afrontamiento (ß = -0,28; p = 0,04) y la desesperanza (ß = -0,30; p = 0,02). El afrontamiento religioso negativo fue predictor independiente de mayor sufrimiento activo (ß = 0,321; p < 0,01), dificultad de afrontamiento (ß = 0,401; p < 0,001) y desesperanza (ß = 0,381; p < 0,001). La prevalencia de probable depresión (EPDS = 10) fue 70,4%. La religiosidad organizacional mostró efecto protector (ß = -0,29; p = 0,037), mientras que el afrontamiento religioso negativo se asoció positivamente a los síntomas depresivos (ß = 0,35; p = 0,003).

Conclusión

La pérdida gestacional o infantil constituye un contexto de alta vulnerabilidad para la salud mental femenina, con alta prevalencia de síntomas de duelo y depresión en la muestra estudiada. Los resultados evidencian el papel ambivalente de la religiosidad: la religiosidad organizacional resultó protectora tanto para los desenlaces de duelo como para los depresivos, mientras que el afrontamiento religioso negativo se asoció a mayor sufrimiento psíquico. Estos hallazgos refuerzan la relevancia de incorporar la evaluación de la dimensión espiritual-religiosa en la asistencia de enfermería y multiprofesional a las mujeres en duelo, posibilitando la identificación temprana de estrategias disfuncionales de afrontamiento y el direccionamiento de intervenciones más individualizadas, integrativas y sensibles al contexto cultural y religioso. Las limitaciones incluyen diseño transversal, muestreo por conveniencia y recolección de datos exclusivamente digital.

Referencias

Alves B, Jenkins R, Rapp D. Perinatal loss definitions and clinical implications. Clin Obstet Gynecol. 2025;68(1):12-20.

Esperandio MRG et al. Brazilian validation of the Brief RCOPE. Religions. 2018;9(1):31.

Koenig HG, Büssing A. The Duke University Religion Index (DUREL). Religions. 2010;1(1):78-85.

Paris GF, de Montigny F, Pelloso SM. Cross-cultural adaptation of the Perinatal Grief Scale. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03212.

VanderWeele TJ. Religion and health: a synthesis. In: Balboni MJ, Peteet JR, editors. Spirituality and religion within the culture of medicine. New York: Oxford University Press; 2017. p. 357-401.

Palavras-chave: luto perinatal; coping espiritual-religioso; depressão; religiosidade; perda gestacional perinatal grief; spiritual-religious coping; depression; religiosity; gestational loss duelo perinatal; afrontamiento espiritual-religioso; depresión; religiosidad; pérdida gestacional.