

ANA FILIPA DA SILVA MOURÃO

**IMPACTO DE UMA MORTE FETAL OU NEONATAL
NOS HOMENS E COMUNICAÇÃO DO CASAL
ACERCA DA PERDA: PERCEPÇÃO FEMININA**

Orientadora: Prof^a Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

ANA FILIPA DA SILVA MOURÃO

**IMPACTO DE UMA MORTE FETAL OU NEONATAL
NOS HOMENS E COMUNICAÇÃO DO CASAL
ACERCA DA PERDA: PERCEPÇÃO FEMININA**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias no dia 15 de Fevereiro de 2017, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º: 445/2016, com a seguinte composição:

Presidente:

Prof. Doutor Américo Baptista

Arguente:

Prof.^a Doutora Ana Filipa Beato

Orientadora:

Prof.^a Doutora Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2016

Agradecimentos

Tendo a consciência que sozinha nada disto teria sido possível, há pessoas que faz sentido referir.

À Professora Bárbara Nazaré, por me ter motivado para um tema com o qual nunca tinha contactado nem percebido a sua real importância. Agradeço profundamente por todos os conhecimentos transmitidos, como também pelo apoio, disponibilidade e orientação.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional.

À minha irmã, pelo seu apoio e incentivo.

Ao Fernando, por combater a estagnação e pela enorme paciência.

A todas as pessoas que contribuíram muito para a qualidade deste trabalho.

Resumo

A morte fetal ou neonatal é um acontecimento de vida que gera sofrimento e é traumático para os homens, tendo impacto na comunicação do casal. Este estudo teve como objectivos gerais estudar o impacto da morte fetal ou neonatal nos homens e a comunicação acerca da perda segundo a percepção das companheiras. Participaram 46 mulheres que preencheram um protocolo de avaliação composto por: ficha de dados sociodemográficos e clínicos, Escala de Luto Perinatal, Escala de Impacto de Eventos-Revista, Escala de Avaliação Relacional e Questionário de Estilos Afetivos. Verificou-se que a maioria dos homens não apresentou reacções clinicamente significativas de luto e de trauma; o aumento da sintomatologia de luto se associou ao aumento da sintomatologia de trauma; o tempo decorrido desde a perda se associou negativamente com todas as variáveis da comunicação, excepto a satisfação; o aumento de sintomatologia de luto activo (luto) e de intrusão (trauma) se associou ao aumento de todas as variáveis da comunicação. A morte de um bebé é simultaneamente uma perda e um acontecimento traumático que potencia problemas ao nível da comunicação e, como tal, é necessário ajudar os homens a desenvolver estratégias que permitam expressar-se emocionalmente sobre a perda, fomentando também estratégias de resolução de problemas.

Palavras-chave: comunicação conjugal, homens, luto, morte fetal ou neonatal, trauma

Abstract

Fetal or neonatal death is a life event that creates suffering and is traumatic for men, having impact on couple communication. This study was overall objectives to study the impact of fetal or neonatal death in men and the communication about the loss according to the perception of companions. The study comprised 46 women who completed an evaluation protocol composed of sociodemographic and clinical data sheet, Perinatal Grief Scale, Impact of Event Scale – Revised, Relationship Assessment Scale and Affective Style Questionnaire. It was found that most men had no clinically significant reactions of grief and trauma; increasing the mourning symptoms associated with an increased trauma symptomatology; the time elapsed since the loss is negatively associated with all variables of communication, except the satisfaction; increased symptoms of active grief (bereavement) and intrusion (trauma) was associated with increased all the variables of communication. The death of a baby is both a loss and a traumatic event that power problems at the level of communication and as such it is necessary to help men develop strategies to express themselves emotionally over the loss also fostering problem-solving strategies.

Keywords: grief; marital communication; men; stillbirth or neonatal, trauma

ÍNDICE

Introdução	9
Definições, prevalência e classificação das mortes fetais e neonatais.....	9
Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens	9
Impacto individual	10
Sintomatologia de luto.....	10
Sintomatologia de trauma.....	11
Influência do género nas reacções às mortes fetais e neonatais.....	12
A comunicação do casal acerca da perda	14
Objectivos	16
Metodologia.....	17
Amostra.....	17
Instrumentos.....	18
Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.....	18
Escala de Luto Perinatal (<i>Perinatal Grief Scale</i> - PGS)	19
Escala de Impacto de Eventos – Revista (<i>Impact of Event Scale – Revised</i> - IES-R).....	19
Escala de Avaliação Relacional (EAR).....	20
Questionário de Estilos Afetivos (QEA)	20
Procedimento.....	21
Análises Estatísticas.....	21
Resultados.....	22
Discussão	29
Pontos fortes do estudo.....	31
Limitações.....	31
Implicações clínicas.....	32
Sugestões para estudos futuros.....	33
Referências Bibliográficas	34
Anexos	I

Índice de Quadros

Quadro 1.- <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra</i>	17
Quadro 2.- <i>Caracterização Clínica da Amostra</i>	18
Quadro 3.- <i>Estatísticas Descritivas das Respostas ao Protocolo de Avaliação</i>	22
Quadro 4.- <i>Correlações entre as Características Clínicas da Perda e Sintomatologia de Luto e Trauma</i>	23
Quadro 5.- <i>Comparação entre o Grupo Com e Sem Sintomatologia Clinicamente Significativa nas Características Clínicas da Perda</i>	24
Quadro 6.- <i>Estatísticas Descritivas da Comunicação acerca da Perda</i>	25
Quadro 7.- <i>Correlações entre Comunicação acerca da Perda, Características Clínicas da Perda, Sintomatologia de Luto e Trauma, Características Relacionais e Características Individuais</i>	26
Quadro 8.- <i>Comparações entre os Grupo Com e Sem Sintomatologia Clinicamente Significativa na Comunicação acerca da Perda</i>	28

Anexos

ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO	II
ANEXO II - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....	IV
ANEXO III - Escala de Luto Perinatal	VIII
ANEXO IV - Escala de Impacto de Eventos – Revista (IES-R)	X
ANEXO V - Escala de Avaliação Relacional (EAR).....	XII
ANEXO VI - Questionário de Estilos Afetivos.....	XIVV

Lista de Abreviaturas

AE	Aborto Espontâneo
EAR	Escala de Avaliação Relacional
EIS-R	Escala de Impacto de Eventos-Revista
ELP	Escala de Luto Perinatal
EPCV	Escola de Psicologia e Ciências da Vida
IES-R	Impact Event Scale-Revised
IMG	Interrupção Médica da Gravidez
INE	Instituto Nacional de Estatística
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
NM	Nados-Mortos
PGS	Perinatal Grief Scale
QEA	Questionário de Estilos Afectivos
ULHT	Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Introdução

Definições, prevalência e classificação das mortes fetais e neonatais

As mortes fetais ocorrem durante a gravidez, podendo ser classificadas como precoces (quando ocorrem até às 22 semanas completas de gestação; Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002), intermédias (quando ocorrem entre as 22 semanas completas de gestação e antes das 28 semanas completas de gestação; INE, 2002) e tardias (quando ocorrem depois das 28 semanas completas de gestação; INE, 1994). As mortes neonatais correspondem à morte de crianças nascidas vivas que faleceram com menos de 28 dias de idade (INE, 1994). Em Portugal, no ano de 2014, houve 246 óbitos fetais (INE, 2015) e 169 óbitos neonatais (INE, 2015).

As mortes fetais podem ainda ser categorizadas como abortos espontâneos (AE) ou nados-mortos (NM). O AE é uma perda antes das 20 semanas de gravidez. O NM é uma perda após as 20 semanas de gestação que pode ocorrer antes ou durante o parto (PubMed, 2010).

Além destas perdas espontâneas, durante a gravidez podem verificar-se perdas não-espontâneas, como é o caso das interrupções médicas da gravidez (IMG). A 17 de Abril foi publicada, em Portugal, a lei n.º 16/2007, que informa que “não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida quando (...) houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo” (Assembleia da República, 2007, p. 2417). Em Portugal, no ano de 2014, ocorreram 432 IMG (INE, 2015).

Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens

A morte fetal ou neonatal pode ser vista como um acontecimento potencialmente traumático, por ser geralmente súbita e imprevista (Rolim & Canavarro, 2001). A morte de um filho traz mudanças que afectam a adaptação individual, com as quais os pais devem saber lidar (Albuquerque, Pereira & Narciso, 2015).

Normalmente, as perdas na gravidez são imprevistas e inesperadas, e os pais não têm tempo para antecipar a dor ou prepararem-se para o acontecimento (Kersting & Wagner, 2012). Outra dificuldade específica destas perdas é que, se ocorrerem numa fase inicial da

gravidez, geralmente não existe nenhum funeral ou outros rituais de luto e a perda pode não ser conhecida pela família e amigos (Kersting & Wagner, 2012).

O AE é uma perda repentina e inesperada, pode não ter sintomatologia evidente e, por isso, pode ser mantida em segredo algumas vezes ou não ser reconhecida como tal (Rolim & Canavarro, 2001).

A IMG é um acontecimento de vida significativo, que ocorre, na maioria das vezes, de forma inesperada e surge no âmbito de uma gravidez tendencialmente desejada que culmina numa perda física (Kersting et al., 2005). Um dos factores associados ao sofrimento sentido é a necessidade de tomada de decisão, principalmente quando já se sentem os movimentos fetais e o nascimento é já vislumbrado pelos pais, familiares e amigos (Rolim & Canavarro, 2001).

Impacto individual

Sintomatologia de luto

O luto origina vários sentimentos e comportamentos que geralmente se observam após uma perda e, para a pessoa que a sofre, defrontar-se com a perda e enfrentar a realidade nova são etapas fundamentais para que o processo de luto se processe eficazmente (Worden, 2008).

Existe um grande número de homens que experienciam o luto após uma perda perinatal, manifestado em reacções de choque, raiva, sensação de vazio, impotência e solidão, não surgindo a culpa como uma das principais respostas iniciais (Badenhorst, Riches, Turton, Hughes, 2006).

No estudo de Kersting e Wagner (2012), observou-se que, perante um processo de luto normal de uma perda perinatal, indicadores de luto negativo como descrença, desejo, raiva e depressão, apresentaram um pico aproximadamente seis meses após a perda.

Desde o início do processo de IMG e até seis semanas depois, dúvida, culpa e fracasso estavam presentes numa minoria dos indivíduos (Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003). Sentimentos como vergonha, raiva e ansiedade também foram experimentados, contudo os homens e as mulheres excepcionalmente sentiram vergonha (Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003).

No estudo de Samuelsson, Rådestad e Segesten (2001), perante um diagnóstico de morte intra-uterina, muitos homens descreveram sentimentos de frustração, impotência e alienação.

A perturbação de luto complicado persistente é diagnosticada depois de, pelo menos, 12 meses após a morte de alguém com quem o sujeito enlutado tinha uma relação próxima. Esta perturbação é manifestada pela presença de respostas desadaptativas, como, por exemplo, dificuldade marcada em aceitar a morte; descrença de que o sujeito tenha morrido; memórias causadoras de mal-estar do falecido; raiva pela perda; avaliações desadaptativas sobre o próprio acerca do falecido ou da morte, entre outras (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Após quatro meses de uma IMG, 4,4% dos homens apresentaram reacções de luto clinicamente significativas, diminuindo para 2,2% dos homens após oito meses e 16 meses. Entre dois e sete anos depois de a perda ter ocorrido, 0,7% dos homens apresentavam reacções de luto clinicamente significativas (Korenromp, 2006).

Sintomatologia de trauma

A perda perinatal é vista como um acontecimento traumático (Kersting & Wagner, 2012). É comum ter como prática encorajar os pais a ter contacto com o bebé morto, a qual não é fundamentada em evidências científicas e pode trazer efeitos negativos, como sintomas da perturbação stress pós-traumático (Badenhorst & Hughes, 2007).

O efeito emocional que o aborto pode causar nos homens é pouco abordado, conduzindo potencialmente a uma saúde mental pobre (Coyle, Coleman & Rue, 2010), em que os homens experimentam *stress* psicológico, expresso através de medo, ansiedade, isolamento e abandono (Papworth, 2011).

No estudo de Rodrigues e Hoga (2005), alguns dos homens, perante a experiência de AE da sua parceira, manifestaram trauma psicológico e afectivo. Em relação à experiência vivida, alguns homens desejaram esquecer a experiência, havendo outros que referiram ter dificuldade em esquecer (Rodrigues & Hoga, 2005).

A perturbação de *stress* pós-traumático é caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas específicos após a exposição a um ou mais eventos traumáticos. Estão presentes diversas respostas desadaptativas como comportamento irritável e acessos de raiva, comportamento imprudente ou auto-destrutivo, hipervigilância, resposta de sobressalto exagerada, dificuldade de concentração e perturbação do sono (APA, 2014).

Passados quatro meses de uma IMG, 19,1% dos homens apresentaram reacções de trauma clinicamente significativas, diminuindo para 2,0% dos homens após oito meses e aos 16 meses a prevalência foi de 4,5% (Korenromp, 2006). Entre dois e sete anos depois de a

perda ter ocorrido, 4,9% dos homens apresentavam reacções de trauma clinicamente significativas (Korenromp, Christiaens, van den Bout, Mulder, Hunfeld, Bilardo, Visser, 2005).

No estudo de Nazaré, Fonseca e Canavarro (2013), após uma IMG por anomalia fetal, a prevalência de trauma no primeiro trimestre foi de 22.7% para os homens. No segundo trimestre, a prevalência desceu para 9.5% para os homens.

Existem alguns estudos que não mostram diferenças de género na sintomatologia de trauma. É o caso do estudo de Nazaré, Fonseca & Canavarro (2014), onde não se observaram diferenças entre os sexos em relação à intensidade de sintomatologia de trauma ou à prevalência de sintomatologia de trauma clinicamente significativa (Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2014).

No estudo de Daugirdait, Akker e Purewal (2015), constatou-se que, quanto maior a idade gestacional na altura da perda, maior a probabilidade de diagnóstico de perturbação de *stress* pós-traumático (Daugirdait, Akker, & Purewal, 2015).

Influência do género nas reacções às mortes fetais e neonatais

A gravidez e a perda são experienciadas de maneira diferente pela mulher e pelo homem (Black, 1991).

As mulheres contribuem para a criação de papéis para os homens. As expectativas das mulheres podem encorajar ou constranger os homens, conduzindo-os a se comportarem de forma particular (Locock & Alexander, 2006).

Muitas das mulheres que consideravam ter um relacionamento estável viram as suas respostas à perda como diferentes das dos seus companheiros, indicando que o seu sofrimento durou mais tempo e foi mais intenso, enquanto os seus parceiros pareciam desvalorizar os seus sentimentos, voltando à sua vida activa mais rapidamente (Black, 1991).

Após dois anos da perda, é mais visível a expressão de dor nas mulheres do que nos homens, o que poderá estar relacionado com os papéis sociais (Goldbach, Dunn, Toedter & Lasker, 1991).

Os homens servem-se menos do apoio social como estratégia de *coping*, negligenciando os seus sentimentos de perda (McCreight, 2004) e tendem a sofrer menos e por períodos mais curtos do que as suas parceiras, choram menos e sentem menos necessidade de falar sobre a sua perda (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad, & Weiner, 1996). Os homens assumem directamente a função de dar protecção e apoio à sua parceira, a qual indirectamente

é atribuída pelas mulheres para os parceiros, os quais geralmente apresentam-se confiantes e otimistas, escondendo os seus verdadeiros sentimentos (Locock & Alexander, 2006).

No estudo de Willick (2006), o modo como os homens expressaram tristeza e enfrentamento foi qualitativamente diferente das suas parceiras, isto é, esconderam as suas lágrimas dos outros, não quiseram falar sobre a sua experiência, não quiseram ler histórias de perda e encontraram saídas físicas para a sua dor. Assim, do ponto de vista do observador, a dor dos homens parecia menos intensa que a das suas parceiras, mas as suas histórias e demonstrações de emoções sugerem o contrário (Willick, 2006).

A tarefa de pai é vista como útil, especificamente em termos de apoio à sua parceira (O'Leary & Thorwick, 2005). Os homens sentiam-se inferiores, devido à pressão induzida pela sociedade para serem fortes (O'Leary & Thorwick, 2005). Alguns pais descreveram ter aceitado os estereótipos de género antes da perda, seguindo a visão de que um homem é forte se permanecer indiferente e sem emoção em resposta à perda de um ente querido. As experiências destes homens foram contraditórias a estes argumentos, em que os mesmos atribuíram um novo conjunto de crenças sobre o que significa ser um homem forte, considerando que é admissível para um homem lamentar-se (Willick, 2006). Os homens isolam-se na sua experiência de perda quando não é transmitida nenhuma empatia e, como tal, são mais propensos a fixar-se num luto incongruente (Willick, 2006).

As mulheres e os homens reconhecem a importância de cada um se lamentar à sua maneira. Os homens querem incutir a esperança no futuro (Cacciatore, DeFrain, Jones & Jones, 2008). Os homens tendem a ir trabalhar mais cedo e com menos desafios do que as mulheres. Os homens procuram o apoio dentro da sua família com mais frequência, enquanto as mulheres buscam apoio fora do seio familiar (Cacciatore, DeFrain, Jones & Jones, 2008).

Durante o processo de aborto, os homens são diversas vezes ignorados e é prestada pouca atenção às suas necessidades. Os serviços são tradicionalmente centrados na mulher, esperando que os homens desempenhem um papel de apoio. Então, o homem serve para dar apoio à mulher na melhor das hipóteses e, na pior das hipóteses, é ignorado ou mesmo percebido como uma inconveniência (Papworth, 2011).

No estudo de Rådestad, Säflund, Wredling e Erlandsson (2013), a maioria dos homens em luto tem formas de se lamentar diferentes das suas parceiras. As experiências dos pais e mães em luto são semelhantes e diferentes.

Segundo os pais, as expectativas, expressões e necessidades envolvidas na discordância da relação do casal residiram sobretudo nas expectativas de papéis de género. A

maioria das mães expressa o seu luto de forma intuitiva, enquanto a maioria dos pais expressa de forma instrumental. A variável género pode contribuir para um estilo de luto particular devido à socialização e influência cultural (Rådestad, Säflund, Wredling & Erlandsson, 2013).

A perda pode ter um impacto psicológico diferente nos homens, por comparação às mulheres, em relação ao luto. Parece previsível que os homens também são afetados pela perda, mas só uma quantidade restrita de investigações nesta área foram feitas. Nos estudos quantitativos acerca das reações de luto dos pais e mães após uma perda perinatal, observaram-se níveis mais baixos de intensidade de dor nos homens (Kersting & Wagner, 2012).

Os homens podem acabar se sentindo socialmente isolados por não receberem apoio social e destroçados pelas emoções dolorosas que surgem após a morte perinatal (Cacciatore, 2013).

A comunicação do casal acerca da perda

A gravidez e a perda são experiências que a mulher e o homem partilham enquanto casal (Black, 1991). A morte fetal ou neonatal é um acontecimento que pode originar tensão no casamento por ter impacto nos dois membros do casal (Samuelsson, Rådestad, & Segesten, 2001), sendo o principal efeito deste evento a perda do bebé (real e imaginado), visto já como um elemento da família e com o qual já haviam estabelecido uma relação afectiva (Sousa & Pereira, 2009).

Apesar das discussões que os casais têm, existem evidências que indicam que alguns relacionamentos são fortalecidos por partilharem o sofrimento, contribuindo para uma maior coesão e apoio dentro do relacionamento (Albuquerque, Pereira & Narciso, 2015), e também maior satisfação e intimidade, embora a dor se mantenha (Cacciatore, 2013).

De acordo com o estudo de Geerinck-Vercammen e Kanhai (2003), a maioria dos casais, devido à perda e ao processo de luto, relataram que, em termos de relacionamento, tornaram-se mais próximos (Geerinck-Vercammen & Kanhai, 2003).

Entre os elementos do casal podem existir dificuldades ao nível da comunicação (Fonseca, 2010), podendo esta deteriorar-se (Bennett, Litz, Lee & Maguen, 2005), porque os membros do casal não partilham a mesma vivência, podem tentar proteger-se um ao outro, guardando para si os seus pensamentos e sentimentos mais penosos, ou então, podem sentir que o outro não entenderá ou empatizará com aquilo que está a experienciar (Fonseca, 2010).

Os homens tornam-se menos comunicativos e expressivos, causando mais sofrimento conjugal (Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001).

Alguns homens seguem a norma social de que não devem falar sobre a sua experiência de perda (O'Leary & Thorwick, 2005).

No estudo de Serrano e Lima (2006), verificou-se que a relação dos casais após um AE tornou-se muito positiva, em termos de comunicação interpessoal. Os resultados deste estudo apontam que as consequências da dor não são iguais para homens e mulheres. Para as mulheres, as consequências estão ligadas a uma avaliação pior da comunicação entre eles (Serrano & Lima, 2006).

No estudo de Black (1991), as mulheres sentiam que tinham muito em comum com os homens, sentindo-se normalmente compreendidas e apoiadas pelos seus parceiros.

Os homens sentem falta de controlo, não partilham a sua ansiedade e medo para proteger as suas companheiras (O'Leary & Thorwick, 2005).

As mulheres têm uma necessidade maior de falar, enquanto os homens sentem-se mais hesitantes, pelo facto de ficarem a serem reconhecidos como carpideiras (Samuelsson, Rådestad e Segesten, 2001).

As mulheres tendem a querer que os seus parceiros sejam mais expressivos emocionalmente (Cacciatore, DeFrain, Jones & Jones, 2008).

Os casais que apresentam um grau de tolerância e respeito pelo estilo do parceiro fomentam uma maior aproximação entre eles, o que permite partilharem a experiência de perda, comunicando sobre o bebé e partilhando as emoções de cada um (Rådestad, Säflund, Wredling & Erlandsson, 2013). Alguns pais, mas maioritariamente mães, desejaram muitas vezes que os seus parceiros expressassem mais abertamente o seu sofrimento (Rådestad, Säflund, Wredling & Erlandsson, 2013).

Devido às diferenças de género, por vezes surgem dificuldades de comunicação com a presença de padrões característicos de mal-entendidos (Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001). A mulher muitas vezes interpreta mal níveis mais baixos de tristeza do seu parceiro e a sua resistência em falar sobre a perda, considerando que ele não se preocupa com ela nem com o bebé morto (Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001). Esta má interpretação possibilita o agravamento dos efeitos da perda, causando sofrimento, raiva e decepção, colocando mais pressão sobre a relação conjugal (Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001). Por outro lado, o homem também interpreta mal a maior intensidade e duração das reacções de luto da sua parceira, observando que a mesma está a "ficar louca"

(Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001). Interpreta também mal a comunicação aberta com a parceira sobre a perda, vendo-a como a criação de mais dor para o outro, em vez de considerar como uma boa ocasião para experimentar apoio recíproco e compreensão (Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001).

Muitos pais relataram sentimentos de uma proximidade renovada, enquanto outros lutaram por uma ligação emocional com o seu parceiro. Contudo, alguns pais expressaram que se houver falta de vontade em compreenderem-se um ao outro, isso poderá constituir uma ameaça para a unidade do casal, e originar sentimentos de afastamento e crenças de que o indivíduo está sozinho na sua experiência de dor (Rådestad, Säflund, Wredling & Erlandsson, 2013).

Tanto quanto saibamos não existem estudos que tenham avaliado a relação entre a comunicação e as características individuais e da perda.

Objectivos

Tanto quanto saibamos, não existem estudos em que as mulheres tenham preenchido questionários relativos à sintomatologia de luto e de trauma dos companheiros, visto que a maioria dos estudos são qualitativos (recorrendo a entrevistas).

Adicionalmente, os poucos estudos existentes com mulheres como informadoras não avaliam a prevalência de sintomatologia de luto e de trauma clinicamente significativa.

Assim, o objectivo geral deste trabalho consiste em estudar o impacto da morte fetal ou neonatal nos homens e a comunicação acerca da perda segundo a percepção das mulheres. Neste âmbito, definiram-se vários objectivos específicos: 1) descrever a intensidade da sintomatologia de luto e de trauma e a prevalência de sintomatologia clinicamente significativa associada a uma morte fetal ou neonatal nos homens, de acordo com a perspectiva das suas companheiras; 2) avaliar a relação das características clínicas da perda (e.g., tempo decorrido desde a perda) com a sintomatologia de luto e trauma; 3) descrever a comunicação do casal sobre a perda; e 4) avaliar a relação entre a comunicação acerca da perda (e.g., frequência) com características clínicas da perda, características relacionais (e.g., duração da relação conjugal actual) e características individuais (e.g., idade) das mulheres.

Metodologia

Seguidamente, descreve-se a implementação desta investigação.

Amostra

Quadro 1.

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	%
Idade	33,89	4,75		
Anos de escolaridade completos	14,12	3,32		
Duração da relação conjugal actual (anos)	9,79	5,26		
Situação profissional actual				
Empregado			36	78,30
Desempregado			6	13,00
Outro			4	8,70
Área de residência				
Meio rural			13	28,30
Meio urbano			33	71,70
Número de filhos vivos				
0			18	39,10
1			21	45,70
2			4	8,70
3 ou mais			3	6,50
Religião				
Nenhuma			10	21,70
Cristã / Católica			34	73,90
Outras			2	4,40
É praticante				
Sim			18	39,10
Não			28	60,90

Responderam ao protocolo de investigação 47 mulheres que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: 1) ter idade igual ou superior a 18 anos; 2) ter, pelo menos, o 6.º ano de escolaridade; e 3) ter experienciado a morte de pelo menos um filho devido a morte fetal ou neonatal. Como critério de exclusão, não foram consideradas mortes fetais resultantes de interrupção voluntária de gravidez, pelo facto de muitas vezes não serem consideradas gravidezes desejadas e planeadas (Serenó, Leal, & Maroco, 2012), o que levou à exclusão de uma participante. No total, participaram no estudo 46 mulheres.

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra apresenta-se nos Quadros 1 e 2.

Quadro 2.

Caracterização Clínica da Amostra

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Número de perdas ^a				
1			20	52,60
2			9	23,70
3 ou mais			9	23,70
Tipo de perda				
AE			27	58,70
IMG			4	8,70
AE + IMG			4	8,70
AE + IVG			3	6,50
Outras perdas			8	17,40
Movimentos fetais na última perda				
Sim			18	39,10
Não			28	60,90
Idade gestacional da última perda (semanas)	16,79	10,36		
Tempo decorrido desde a última perda (semanas)	110,20	110,73		

Nota. AE = aborto espontâneo; IMG = interrupção médica de gravidez; IVG = interrupção voluntária de gravidez.

^a 8 valores em falta.

Instrumentos

O protocolo de avaliação foi constituído por cinco instrumentos de auto-resposta descritos de seguida.

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

Esta ficha permitiu recolher informação sobre características sociodemográficas (e.g., sexo, idade, habilitações literárias) e características da perda (e.g., tempo decorrido desde a perda, tipo de perda, idade gestacional na altura da perda). Esta ficha inclui também quatro perguntas sobre a comunicação acerca da perda: frequência (“Considerando a perda mais recente que viveu, com que frequência fala com o seu companheiro sobre esse assunto?”, com opções de resposta variáveis entre *Nunca* e *Diariamente*), partilha da própria (“Até que ponto partilha com o seu companheiro aquilo que sente e pensa sobre esse

assunto?”, com opções de resposta variáveis entre *Nada* e *Completamente*), partilha do companheiro (“Até que ponto o seu companheiro partilha consigo aquilo que ele sente e pensa sobre esse assunto?”, com opções de resposta variáveis entre *Nada* e *Bastante*) e satisfação (“Até que ponto está satisfeita com a comunicação com o seu companheiro acerca desse assunto?”, com opções de resposta variáveis entre *Nada* e *Completamente*).

Escala de Luto Perinatal (*Perinatal Grief Scale* - PGS)

A PGS foi construída para avaliar a sintomatologia de luto perinatal actual (Toedter, Lasker, & Alhadeff, 1988). A versão curta é constituída por 33 itens e tem um formato de resposta do tipo Likert de cinco pontos, variando entre *Concordo totalmente* e *Discordo totalmente* (Potvin, Lasker, & Toedter, 1989). Apresenta três subescalas, que avaliam as diferentes respostas de luto, gradualmente mais graves: Luto Activo (i.e., respostas comuns e frequentes, incluindo tristeza, choro e saudades do bebé), Dificuldades de *Coping* (i.e., respostas que sugerem isolamento e depressão, envolvendo dificuldade em gerir relações interpessoais e atividades rotineiras) e Desespero (i.e., sentimentos de inutilidade e desespero; Toedter, Lasker, & Janssen, 2001). Uma pontuação acima de 91 reflecte um nível de sofrimento clinicamente significativo (Toedter et al., 2001). Na versão original, as subescalas apresentam níveis altos de consistência interna ($\alpha > 0,85$; Toedter et al., 2001). A versão portuguesa desta escala foi adaptada por Rocha (2004) e apresenta uma estrutura de três factores idêntica à original. A escala total demonstrou um nível elevado de consistência interna ($\alpha = 0,95$) e bons indicadores de validade (Rocha, 2004). Nesta amostra, os valores de alfa de Cronbach foram: 0,96 (escala total), 0,91 (Luto Activo), 0,90 (Dificuldades de *Coping*) e 0,89 (Desespero).

Escala de Impacto de Eventos – Revista (*Impact of Event Scale – Revised* - IES-R)

Weiss e Marmar (1997) desenvolveram a IES-R, que permite a autoavaliação do impacto, sentido na última semana, de situações potencialmente traumáticas vivenciadas previamente. A escala tem 22 itens, com um formato de resposta tipo Likert focado no grau de *distress* associado a um sintoma, incluindo cinco opções de resposta que variam entre *Nada* e *Extremamente*. O sistema de cotação varia entre 0 e 4, e considera a média das pontuações das subescalas: Intrusão (que se refere a pesadelos, imagens espontâneas e pensamentos espontâneos sobre o acontecimento traumático), Evitamento (que consiste em

tentativas de não pensar sobre o evento, não falar sobre o mesmo e evitar lembranças, assim como tentativas mais activas para afastá-lo da mente, como o uso de álcool, drogas e excesso de trabalho) e Hiperactivação (i.e., raiva e irritabilidade, resposta de alarme exagerada e nervosismo, dificuldades de concentração, activação psicofisiológica em resposta a estímulos ligados ao acontecimento e hipervigilância; Weiss, 2004). Estabeleceu-se como ponto de corte 1,5, para identificar pessoas com sintomatologia clinicamente significativa (Creamer, Bell & Failla, 2003). A escala já foi adaptada para diferentes línguas, apresentando bons níveis de consistência interna e bons indicadores de validade (Weiss, 2004). A versão portuguesa da IES-R apresenta um α de Cronbach de 0,94 e demonstrou ser válida (Castanheira, Vieira, Frade, Pacheco, Fonseca, & Rocha, 2012). Nesta amostra, os valores de alfa de Cronbach foram: 0,89 (escala total), 0,66 (Intrusão), 0,80 (Evitamento) e 0,84 (Hiperactivação).

Escala de Avaliação Relacional (EAR)

A EAR é uma medida de satisfação com o relacionamento conjugal, com uma estrutura unifactorial (Hendrick, 1988). É constituída por sete itens, os quais são avaliados numa escala de cinco opções que traduzem níveis crescentes de satisfação. Pode ser utilizada como rastreio, em que pontuações acima de 4,0 indicam provável ausência de sofrimento, enquanto pontuações próximas de 3,5 para os homens e entre 3,0 e 3,5 para as mulheres indicam maior sofrimento ou insatisfação com o relacionamento. A versão original do instrumento mostrou ser fiável e válida (Hendrick, Dicke, & Hendrick, 1998). Santos et al. (2000, citado em Lind, 2008) construíram a versão portuguesa da escala, tendo obtido um alfa de Cronbach de 0,93 para as mulheres e de 0,91 para os homens. Nesta amostra, a EAR apresentou um alfa de Cronbach de 0,91.

Questionário de Estilos Afectivos (QEA)

O QEA pretende medir os estilos afectivos, os quais constituem diferenças individuais na regulação de emoções (Hofmann & Kashdan, 2010). É constituído por três subescalas: Esconder refere-se às tentativas de esconder e evitar emoções; Ajustar reporta-se à capacidade para gerir/ajustar as emoções às situações; e Tolerar refere-se às atitudes de aceitação e tolerância das emoções. Esta medida é constituída por 20 itens com um formato de resposta tipo Likert de 5 pontos, variando entre *Nada verdadeiro para mim* e *Extremamente verdadeiro para mim*. As pontuações totais variam entre 0 e 100, sendo que pontuações superiores indicam maior preferência pelo estilo afectivo avaliado. A escala original

apresentou uma consistência interna adequada, com os seguintes alfas de Cronbach: 0,84 (Esconder), 0,82 (Ajustar) e 0,68 (Tolerar; Hofmann & Kashdan, 2010). A versão portuguesa desta escala encontra-se actualmente em estudo. Nesta amostra, os valores de alfa de Cronbach foram: 0,85 (Esconder), 0,68 (Ajustar) e 0,50 (Tolerar). Face à baixa consistência interna da última subescala, esta não foi utilizada.

Procedimento

Esta investigação é transversal, seguindo uma metodologia correlacional e incluindo uma amostra de conveniência. Em primeiro lugar, este projecto de investigação, designado “Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens: Percepção masculina e feminina”, foi submetido à Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida (EPCV) da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (ULHT). Após aprovação, foram construídas duas plataformas através do *website* www.typeform.com (uma com a versão masculina do protocolo, outra com a versão feminina do protocolo), disponíveis *online*. Nessas plataformas, os participantes tiveram acesso ao consentimento informado (documento em anexo), cuja leitura e aceitação foram um requisito para a participação na investigação. Pediu-se aos membros do casal que preenchessem o protocolo de avaliação separadamente. Aos homens, foi solicitado que preenchessem o protocolo previamente descrito. No caso das mulheres, foram adaptadas as instruções da PGS e da IES-R, solicitando-se que respondessem tendo em conta a sua percepção da experiência dos companheiros. Foi solicitado ao casal que definisse um código de identificação, de maneira a que as investigadoras pudessem agregar os dois protocolos de avaliação. A investigação foi divulgada à população geral através de vias como o Facebook e fóruns. O estudo foi também difundido através de *e-mails* para várias instituições de saúde materna, apresentando a investigação e solicitando a divulgação da mesma. Devido ao número insuficiente de respostas de homens, nesta investigação apenas foram consideradas as respostas femininas.

Análises Estatísticas

Recorreu-se ao SPSS 22 para introdução e análise dos dados.

Para o primeiro objectivo, foram calculadas estatísticas descritivas (médias e frequências). Para a concretização dos restantes objectivos, foram realizadas correlações bivariadas e comparações de grupos com recurso ao teste U de Mann-Whitney e ao teste do

qui-quadrado. O nível de significância adoptado foi de 0,05. Também foi calculado o tamanho do efeito para as correlações bivariadas (r) e para as comparações de grupo (r para o teste U de Mann-Whitney e V de Cramer para o teste do qui-quadrado). Considerámos os valores de referência de Cohen para classificar os efeitos como pequenos (r ou $V > 0,10$), médios (r ou $V > 0,30$) ou grandes (r ou $V > 0,50$; Ellis, 2010).

Resultados

Quadro 3.

Estatísticas Descritivas das Respostas ao Protocolo de Avaliação

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	%
Luto Activo (PGS)	30,04	9,10		
Dificuldades de <i>Coping</i> (PGS)	22,22	8,31		
Desespero (PGS)	20,65	7,69		
Escala Total (PGS)	72,91	23,27		
Luto clinicamente significativo				
Sim			9	19,60
Não			37	80,40
Intrusão (IES-R)	1,07	0,60		
Evitamento (IES-R)	1,07	0,78		
Hiperactivação (IES-R)	0,80	0,80		
Escala total (IES-R)	1,00	0,63		
Trauma clinicamente significativo				
Sim			14	30,40
Não			32	69,60
Escala total (EAR)	4,01	0,78		
Esconder (QEA)	22,33	6,68		
Ajustar (QEA)	18,26	3,96		

Nota. PGS = Escala de Luto Perinatal; IES-R = Escala de Impacto de Eventos - Revista; EAR = Escala de Avaliação Relacional; QEA = Questionário de Estilos Afectivos.

No Quadro 3, encontram-se as estatísticas descritivas das respostas ao protocolo de avaliação, nomeadamente a intensidade da sintomatologia de luto e de trauma e a prevalência de sintomatologia de luto e trauma nos homens, segundo a perspectiva das mulheres, o que responde ao primeiro objectivo deste estudo. Salienta-se que a maioria dos homens não

apresenta reacções clinicamente significativas de luto e de trauma, na perspectiva das mulheres.

De acordo com o segundo objectivo (cf. Quadro 4), e segundo a percepção das mulheres, verificaram-se correlações positivas entre todas as subescalas e a escala total da PGS e da IES-R, demonstrando que o aumento da sintomatologia de luto se associa ao aumento da sintomatologia de trauma. De entre as correlações estatisticamente significativas, nove correlações apresentaram um efeito médio e 48 correlações apresentaram um efeito grande. Também se pode observar (cf. Quadro 5) que não houve diferenças significativas entre os grupos com e sem sintomatologia significativa de luto e trauma relativamente às características clínicas da perda.

Quadro 4.

Correlações entre as Características Clínicas da Perda e Sintomatologia de Luto e Trauma

	1	2	3	4	5	6	7	8
Tempo decorrido desde a última perda (semanas)	-,41*	-,23	-,24	-,32	-,22	,01	-,11	-,12
Idade gestacional da última perda	,12	,12	-,01	,08	,18	,06	,21	,16
Movimentos fetais da última perda	-,08	-,10	-,03	-,07	-,14	-,07	-,01	-,08
1. Luto Activo (PGS)	-	,72**	,75**	,90**	,72**	,37*	,58**	,62**
2. Desespero (PGS)	,72**	-	,91**	,94**	,63**	,48**	,70**	,68**
3. Dificuldades de <i>Coping</i> (PGS)	,75**	,91**	-	,95**	,59**	,41**	,61**	,60**
4. Escala total (PGS)	,90**	,94**	,95**	-	,70**	,45**	,67**	,68**
5. Intrusão (IES-R)	,72**	,63**	,59**	,70**	-	,55**	,76**	,86**
6. Evitamento (IES-R)	,37*	,48**	,41**	,45**	,55**	-	,65**	,87**
7. Hiperactivação (IES-R)	,58**	,70**	,61**	,67**	,76**	,65**	-	,90**
8. Escala total (IES-R)	,62**	,68**	,60**	,68**	,86**	,87**	,90**	-

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Quadro 5.

Comparação entre o Grupo Com e Sem Sintomatologia Clinicamente Significativa nas Características Clínicas da Perda

	Sintomatologia de luto clinicamente significativa							Sintomatologia de trauma clinicamente significativa						
	Sim (n = 9)		Não (n = 37)					Sim (n = 14)		Não (n = 32)				
	M	DP	M	DP	U	p	r	M	DP	M	DP	U	p	r
Tempo decorrido desde a última perda (semanas)	53,13	44,66	127,11	119,15	69,50	,127	-0,28	110,00	139,22	110,30	96,21	107,50	,285	-0,18
Idade gestacional da última perda (semanas)	18,33	11,46	16,33	10,17	123,50	,701	-0,06	18,08	12,93	16,15	9,03	165,00	,905	-0,01
	n	%	N	%	X ² (1)	p	V	n	%	n	%	X ² (1)	p	V
Movimentos fetais da última perda:														
Sim	4	44,40	14	37,80	0,13	0,716	0,05	5	35,70	13	40,60	0,10	,754	0,05
Não	5	55,60	23	62,20				9	64,30	19	59,40			

No Quadro 6, pode-se observar as estatísticas descritivas referentes à comunicação acerca da perda. As respostas mais frequentes foram: na frequência, *Menos de uma vez por mês* e *Semanalmente*; na partilha da própria, *Moderadamente*; na partilha do companheiro, *Nada*; na satisfação, *Moderadamente*. Estes resultados correspondem ao terceiro objectivo delineado para este estudo.

Quadro 6.

Estatísticas Descritivas da Comunicação acerca da Perda

	<i>n</i>	%
Frequência		
Nunca	10	21,70
Menos de uma vez por mês	11	23,90
Cerca de 1 – 2 vezes por mês	6	13,00
Semanalmente	11	23,90
Diariamente	8	17,40
Partilha da própria		
Nada	7	15,20
Pouco	10	21,70
Moderadamente	12	26,10
Bastante	11	23,90
Completamente	6	13,00
Partilha do companheiro		
Nada	18	39,10
Pouco	11	23,90
Moderadamente	10	21,70
Bastante	3	6,50
Completamente	4	8,70
Satisfação		
Nada	9	19,60
Pouco	8	17,40
Moderadamente	15	32,60
Bastante	7	15,20
Completamente	7	15,20

Quadro 7.

Correlações entre Comunicação acerca da Perda, Características Clínicas da Perda, Sintomatologia de Luto e Trauma, Características Relacionais e Características Individuais

	1	2	3	4
Comunicação acerca da perda				
1. Frequência	-	,79**	,67**	,47**
2. Partilha da própria	,79**	-	,75**	,62**
3. Partilha do companheiro	,68**	,75**	-	,76**
4. Satisfação	,47**	,62**	,76**	-
Semanas decorridas desde a última perda	-,60**	-,58**	-,44**	-,25
Idade gestacional da última perda	,10	,03	,18	,05
Número de perdas	-,08	-,08	,11	-,05
Ver bebé no parto	-,14	,11	-,02	-,05
Movimentos fetais na última perda	-,11	-,05	-,14	-,08
Luto Activo (PGS)	,33*	,38**	,30*	,45**
Desespero (PGS)	,20	,10	,00	,12
Dificuldades de <i>Coping</i> (PGS)	,15	,12	-,01	,13
Escala total (PGS)	,25	,23	,12	,26
Intrusão (IES-R)	,43**	,38*	,33*	,40**
Evitamento (IES-R)	-,06	-,10	-,33*	-,18
Hiperactivação (IES-R)	,18	,15	-,03	,14
Escala total (IES-R)	,18	,14	-,04	,11
Escala total (EAR)	,11	,39**	,46**	,59**
Duração da relação conjugal actual	-,20	-,28	-,26	-,26
Idade	-,26	-,22	-,17	-,32*
Anos de escolaridade completos	,43**	,41**	,33*	,20
Paridade	-,49**	-,33*	-,28	-,20
Esconder (QEA)	-,12	-,25	-,14	-,19
Ajustar (QEA)	-,10	-,01	,02	,09

** $p < 0,01$. * $p < 0,05$

Relativamente ao último objectivo (cf. Quadro 7), verificou-se que todas as variáveis da comunicação acerca da perda se encontram associadas positivamente. Constatou-se que o tempo decorrido desde a perda se associa negativamente com todas as variáveis da comunicação, excepto a satisfação. Observou-se ainda que o aumento de sintomatologia de luto activo (luto) e de intrusão (trauma) se associa ao aumento de todas as variáveis da comunicação; quanto mais idade as mulheres apresentam, menos satisfeitas estão com a comunicação; mais anos de escolaridade relacionam-se com o aumento de frequência de

comunicação; e ter ou não filhos vivos se associa negativamente com a frequência e partilha da própria acerca da perda. De entre as correlações estatisticamente significativas, 20 correlações apresentaram um efeito médio e 13 correlações apresentaram um efeito grande.

Por último, não se verificaram diferenças significativas entre os grupos com e sem sintomatologia significativa de luto e trauma ao nível da comunicação (cf. Quadro 8).

Quadro 8.

Comparações entre os Grupo Com e Sem Sintomatologia Clinicamente Significativa na Comunicação acerca da Perda

	Sintomatologia de luto clinicamente significativa							Sintomatologia de trauma clinicamente significativa						
	Sim							Não						
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>				<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Frequência	3,44	1,42	2,78	1,44	123,50	,223	-0,18	3,07	1,39	2,84	1,48	203,50	,617	-0,07
Partilha da própria	3,56	1,33	2,84	1,24	111,00	,115	-0,23	3,00	1,30	2,97	1,28	221,50	,951	-0,01
Partilha do companheiro	2,56	1,33	2,14	1,27	132,50	,325	-0,13	2,14	1,35	2,25	1,27	209,00	,708	0,04
Satisfação	3,44	1,01	2,76	1,36	117,50	,163	-0,21	3,07	1,27	2,81	1,36	197,00	,508	-0,09

Discussão

O objectivo geral deste trabalho consistiu em estudar o impacto da morte fetal ou neonatal nos homens e a comunicação acerca da perda, segundo a percepção das mulheres.

Tendo em conta o primeiro objectivo específico, destaca-se que a maioria dos homens não apresenta reacções clinicamente significativas de luto e trauma. Verificou-se que os homens apresentam uma prevalência maior de sintomatologia de trauma clinicamente significativa em comparação com a de luto, segundo a percepção das mulheres. Tanto quanto saibamos, não existem estudos que avaliem a prevalência de sintomatologia de luto e de trauma dos homens segundo a percepção das companheiras.

Após um AE, os homens apresentaram pontuações muito elevadas na PGS como na IES, indicando que a perda teve um enorme impacto psicológico (Johnson & Puddifoot, 1996).

Para os homens, a prevalência de trauma clinicamente significativa, após um diagnóstico de anomalia fetal é de 41,9% (Kasen, Helbig, Malt, Naes, Skari, & Haugen, 2013). Após dois meses de uma IMG por anomalia fetal, a prevalência de luto clinicamente significativa dos homens foi de 3,23% (Nazaré, 2013). Passados quatro meses de uma IMG, os homens apresentaram uma prevalência de luto clinicamente significativo de 4,4% e de trauma clinicamente significativo de 19,1% (Korenromp, 2006).

Existe uma maior prevalência de sintomatologia traumática, a qual pode dever-se ao facto de que, quando o bebé morre, uma parte do futuro é perdida ou sofre uma alteração significativa. Para os pais, a ocorrência de uma perda no período perinatal implica a perda de alegria antecipada e da experiência de paternidade (Bennet, Litz, Lee, & Maguen, 2005).

Relativamente ao segundo objectivo específico, destacam-se os seguintes resultados: a) o aumento da sintomatologia de luto associa-se ao aumento da sintomatologia de trauma; b) o tempo decorrido desde a última perda associa-se negativamente com a sintomatologia de luto activo; e c) não houve diferenças significativas entre os grupos com e sem sintomatologia significativa de luto e trauma relativamente às características clínicas da perda.

Com base nestes resultados, verificou-se que a morte do bebé é, simultaneamente, um acontecimento traumático e uma perda. A sintomatologia de luto activo vai diminuindo à medida que aumenta o tempo passado desde a última perda. As características clínicas da perda não se relacionam com as reacções dos homens à perda.

De acordo com o estudo de Daugirdait, Akker e Purewal (2015), quanto maior a idade gestacional, maior a probabilidade de diagnóstico de perturbação de stress pós-

traumático. Este resultado é contrário ao apresentado neste estudo, podendo dever-se ao facto de ter sido a mulher a avaliar o impacto traumático da perda no homem. Também pode ter a ver com o facto de já ter passado algum tempo (em média, 2 anos) desde a perda. Ou seja, os níveis de luto e trauma atuais podem já ter diminuído em relação ao momento da perda para todos os homens, independentemente da idade gestacional da perda.

Em relação ao terceiro objectivo específico, evidenciam-se os seguintes resultados: a) a maioria das mulheres considera que os homens não partilham ou partilham pouco os seus sentimentos e pensamentos; b) a maioria das mulheres sente-se, no mínimo, moderadamente satisfeita com a comunicação com o seu companheiro; c) as variáveis relativas à comunicação sobre a perda estão positivamente associadas, de uma forma tendencialmente forte. As mulheres relatam mais problemas na comunicação com o parceiro (Serrano & Lima, 2006). Os homens sentem menos necessidade de falar sobre a perda do que as mulheres (Beutel, Willner, Deckardt, Von Rad, & Weiner, 1996), que frequentemente desejam que os seus parceiros se expressem mais emocionalmente (Avelin, Rådestad, Säflund, Wredling, & Erlandsson, 2013; Cacciatore, DeFrain, Jones & Jones, 2008) e manifestam insatisfação relativamente à relação conjugal quando tal não sucede.

Tanto o homem como a mulher sofrem com a experiência de uma perda perinatal, sendo que esse sofrimento pode variar em termos de qualidade e extensão, bem como início e duração. Como tal, os casais necessitam de reconhecer, compreender, aceitar e validar as formas como cada um gere o luto. Geralmente, as mulheres querem apoio emocional do seu parceiro. As mulheres que receberam apoio instrumental por parte dos seus parceiros viram o mesmo como um acto de distanciamento e de falta de cuidado. Devido à existência de vários padrões de socialização de género, as tentativas masculinas de apoiar as suas parceiras podem ser mal interpretadas, possibilitando mal-entendidos, mágoa, ressentimento e conflitos conjugais (Cobert-Owen, 2003).

De acordo com o último objectivo específico, evidenciam-se os seguintes resultados: a) o tempo decorrido desde a perda associa-se negativamente com todas as variáveis da comunicação, excepto a satisfação, e o aumento de sintomatologia de luto activo (luto) e de intrusão (trauma) associa-se ao aumento de todas as variáveis da comunicação; e b) quanto mais idade as mulheres apresentam, menos satisfeitas estão com a comunicação, e quantos mais anos de escolaridade apresentam, maior a frequência de comunicação.

À medida que o tempo passa, o processo de luto em relação à perda vai avançando e as pessoas podem ter menos necessidade de falar sobre a perda, daí falarem menos.

As mulheres mais velhas têm mais necessidade de falar sobre a perda, que devido à sua idade pode ter sido a última oportunidade de virem a ser mães. Por outro lado, as mulheres podem optar por não voltar a engravidar após uma perda, sobretudo se tiver sido traumática.

As mulheres que têm mais habilitações literárias poderão apresentar um maior nível de conhecimentos. Estas mulheres também poderão ser menos permeáveis aos papéis sociais (por exemplo, as famílias de maior estatuto socioeconómico não aderem tanto aos papéis tradicionais de género), por isso, estes homens poderão partilhar mais do que os outros.

Pontos fortes do estudo

Como ponto forte deste estudo, refere-se o uso de metodologia quantitativa, uma escolha que possibilitou complementar as conclusões de estudos qualitativos realizados por outros autores. É importante ressaltar que não se conhece nenhum estudo em que as mulheres tenham preenchido questionários relativos à sintomatologia de luto e de trauma dos companheiros, o que possibilita perceber como as mulheres avaliam as reacções dos seus companheiros que passaram por uma perda perinatal. Este estudo permitiu ainda avaliar a comunicação do casal tendo em conta a percepção feminina, sendo que o uso de metodologia quantitativa possibilitou identificar correlatos da comunicação do casal. Não temos conhecimentos de estudos prévios focados neste tópico, cuja investigação é fundamental, visto que uma das dificuldades conjugais mais frequentemente referidas após uma perda perinatal relaciona-se com a comunicação sobre a perda (Fonseca, 2010).

Limitações

Considera-se importante identificar as limitações do presente estudo. Destaca-se, em primeiro lugar, o tamanho da amostra, principalmente o número reduzido de homens que participaram neste estudo, o que levou à alteração dos objectivos inicialmente estipulados. Especificamente, não foi possível comparar a percepção de ambos os elementos do casal, passando o estudo a basear-se apenas na percepção feminina. Como se sabe, o tamanho da amostra constitui um dos factores que se associam positivamente ao poder estatístico (Ellis, 2010). No presente estudo, apenas foi possível detetar efeitos médios ou grandes.

Em segundo lugar, não foi possível calcular a taxa de participação no estudo. Pelo facto de a amostra ter sido recolhida *online*, não é possível saber quantas pessoas tiveram conhecimento do estudo, quantas destas preenchiam os critérios de inclusão do estudo e,

destas, quantas decidiram não participar. Considera-se que esta taxa pode ter sido afectada pelo tema do estudo, o qual, para algumas pessoas, pode ser difícil de abordar, mostrando-se estas reticentes em explorar as suas reacções emocionais à perda (Sloan, Kirsh, & Mowbray, 2008).

Em terceiro lugar, não está assegurada a representatividade da amostra, dado que a amostra neste estudo é de conveniência, não probabilística (Guimarães, 2012). Na área da saúde, é habitual recorrer-se a amostras de conveniência, pois muitas vezes é a única forma de estudar um determinado problema, podendo os dados ser tendenciosos (Guimarães, 2012).

Em quarto lugar, é fundamental referir que as respostas foram dadas pelas mulheres, não se podendo ter a certeza de que as mesmas sabem exactamente o que os homens sentem perante uma morte fetal ou neonatal.

Em quinto lugar, houve perguntas sobre os tipos de perda que algumas mulheres não responderam, pelo facto de não reconhecerem a sua perda nas designações descritas no estudo ou pelo facto de faltar uma pergunta específica sobre mortes ocorridas no período neonatal.

Para finalizar, deve-se referir que, na avaliação dos estilos afectivos, recorreu-se a um instrumento de avaliação (QEA) que não foi previamente validado, o que pode comprometer a validade de constructo (i.e., o grau em que as variáveis foram correctamente operacionalizadas; Trochim, & Donnelly, 2006). No entanto, calculou-se a consistência interna das subescalas e apenas foram utilizadas as que apresentaram um valor adequado.

Implicações clínicas

As implicações clínicas decorrentes dos resultados obtidos apresentam-se de seguida.

Nos homens, a nível individual, a intervenção terapêutica deve ter em consideração as suas necessidades e manifestações individuais, enquanto pais do bebé que faleceu (Fonseca, 2010). Para tal, é fundamental desenvolver estratégias apropriadas que ajudem o pai a expressar-se emocionalmente sobre a perda, que podem ser dificultadas pelo não reconhecimento social da perda (Fernandez, 2013) e pelo recurso à negação e ao evitamento (Worden, 2008). Essas estratégias devem ser parecidas com os papéis sociais masculinos, para não provocarem tanta dissonância cognitiva, tornando-se menos ameaçadoras para os pais (Fonseca, 2010).

Estratégias de resolução de problemas também são úteis, pois visam diminuir a sobrecarga do papel de cuidador que o pai assume após a perda. É possível recorrer a estratégias de activação da rede de suporte social, com a finalidade de dar a conhecer as

necessidades de suporte individual e familiar e dos vários tipos e fontes de suporte disponíveis, como também a maneira de os activar (Fonseca, 2010).

Já existem programas de tratamento efectuados pela internet, como é o caso do programa de Kersting, Kroker, Schlicht e Wagner (2011). Este programa é destinado a indivíduos que sofreram uma perda perinatal, baseando-se no modelo cognitivo-comportamental e possibilitando o confronto com as memórias intrusivas do acontecimento traumático e do luto complicado.

Sugestões para estudos futuros

Quanto a sugestões para estudos futuros, propõe-se o recurso a um número maior de participantes, especificamente casais, permitindo a comparação entre a percepção masculina e feminina do impacto de uma morte fetal ou neonatal. Seria útil avaliar os mesmos participantes em diferentes momentos após a perda, possibilitando identificar o período em que a sintomatologia de luto e trauma é mais significativa e o período em que a mesma vai diminuindo. Também seria interessante avaliar a comunicação do casal em diferentes momentos da perda, pois, como este estudo mostra, as suas características relacionam-se com o tempo decorrido desde a perda. Por fim, também poderia ser pertinente avaliar outras variáveis conjugais, como, por exemplo, a intimidade do casal, a qual pode influenciar e ser influenciada pela experiência de perda.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, S., Pereira, M., & Narciso, I. (2015). Couple's relationship after the death of a child: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 1-24. doi:10.1007/s10826-015-0219-2
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ªEd.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Assembleia da República. (2007, abril, 17). Lei nº 16/2007 de 17 de abril. Diário da República, 1.^a série, 75, 2417-2418. Retirado de <http://dre.pt/pdf1s/2007/04/07500/24172418.pdf>
- Avelin, P., Rådestad, I., Säflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29, 668-673. doi: 10.1016/j.midw.2012.06.007
- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21, 249-259. doi:10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27, 245-256. doi:10.1080/01674820600870327
- Bennet, S. M., Litz, B. T., Lee, B. S., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36, 180-187. doi: 10.1037/0735-7028.36.2.180
- Beutel, M., Willner, H., Deckardt, R., von Rad, M., & Weiner, H. (1996). Similarities and differences in couples' grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 245-253. doi:10.1016/0022-3999(95)00520-X
- Black, R. B. (1991). Women's voices after pregnancy loss: Couples' patterns of communication and support. *Social Work in Health Care*, 16, 19-36. doi:10.1300/J010v16n02_03
- Cacciatore, J. (2013). Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 18, 76-82. doi:10.1016/j.siny.2012.09.001
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L. C., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of Family Social Work*, 11, 351-372. doi:10.1080/10522150802451667

- Canavarro, M. C. (Coord.). (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto.
- Castanheira, C., Vieira, V., Frade, B., Pacheco, D., Fonseca, E., & Rocha, J. C. (2012, março). *Materializando o trauma: Validação portuguesa da Escala de Impacto de Eventos Revista (IES-R)*. Comunicação apresentada no Congresso “O luto em Portugal”, Aveiro.
- Cobert-Owen, C. (2003). Women’s perceptions of partner support in the context of pregnancy loss(es). *South African Journal of Psychology*, 33, 19-27.
- Coyle, C. T., Coleman, P. K., & Rue, V. M. (2010). Inadequate preabortion counseling and decision conflict as predictors of subsequent relationship difficulties and psychological stress in men and women. *Traumatology*, 16, 1-16. doi:10.1177/15344765609347550
- 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
- Daugirdaitė, V., van den Akker, O., & Purewal, S. (2015). Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: A systematic review. *Journal of Pregnancy*, 1-14. doi:10.1155/2015/646345
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, metaanalysis, and the interpretation of research results*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fernandez, R. L. (2013). *Exploring parental experiences and decision-making processes following a fetal anomaly diagnosis* (Dissertação de doutoramento não-publicada). The University of Western Ontario, London, Ontário, Canadá.
- Fonseca, A. (2010). A vivência paterna de uma perda perinatal: Implicações para a intervenção. *Revista Peritia*, 1-4.
- Geerinck-Vercammen, C. R., & Kanhai, H. H. H. (2003). Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenatal Diagnosis*, 23, 543-548. doi:10.1002/pd.636
- Goldbach, K., Dunn, D., Toedter, L., & Lasker, J. (1991). The effects of gestational age and gender on grief after pregnancy loss. *American Orthopsychiatric Association*, 61, 461-467. doi:10.1037/h0079261
- Guimarães, P. R. B. (2012). *Métodos quantitativos estatísticos*. Curitiba: IESDE Brasil, S.A.

- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 93-98.
- Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationship*, 15, 137-142. doi:10.1177/0265407598151009
- Hofmann, S. G., & Kashdan, T. B. (2010). The Affective Style Questionnaire: Development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 255-263. doi:10.1007/s10862-009-9142-4
- Instituto Nacional de Estatística. (1994). *Morte fetal tardia*. Retirado de <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=1827&lang=PT>
- Instituto Nacional de Estatística. (1994). *Morte neonatal*. Retirado de <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=2702&lang=PT>
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Morte fetal intermédia*. Retirado de <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=4183&lang=PT>
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Morte fetal precoce*. Retirado de <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes?id=2460&lang=PT>
- Instituto Nacional de Estatística. (2015). Relatório dos registos das interrupções da gravidez. Retirado de http://www.spdc.pt/files/publicacoes/IVG_2014.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2015a). *Óbitos fetais em Portugal em 2013*. Retirado de <https://goo.gl/A1tZV3>
- Instituto Nacional de Estatística. (2015b). *Óbitos neonatais em Portugal em 2013*. Retirado de <https://goo.gl/YDoIYH>
- Johnson, M. P., & Puddifoot, J. E. (1996). The grief response in the partners of woman who miscarry. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 313-327. doi:10.1111/j.2044-8341.1996.tb01875.x
- Kaasen, A., Helbig, A., Malt, U. F., Naes, T., Skari, H., & Haugen, G. N. (2013). Paternal psychological response after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies with a comparison to maternal response: A cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 147. doi:10.1186/1471-2393-13-147
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14, 187-194.
- 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, 9-14. doi:10.1080/01443610400022967
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., & Wagner, B. (2011). Internet-based treatment after pregnancy loss: concept and case study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32, 72-78. doi:10.3109/0167482X.2011.553974
- Korenromp, M. J. (2006). *Parental adaptation to termination of pregnancy for fetal anomalies* (Dissertação de doutoramento não-publicada). University Utrecht, Utrecht, Holanda.
- Korenromp, M. J., Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Bilardo, C. M., Visser, G. H. A. (2005). Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: Similarities and differences between partners. *Prenatal Diagnosis*, 25, 1226-1233. doi:10.1002/pd.1307
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2004). Explanatory model of health in bereaved parents post-fetal/infant death. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 869-880. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.03.013
- Lind, W. R. (2008). *Casais biculturais e monoculturais: Diferenças e recursos* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Locock, L., & Alexander, J. (2006). 'Just a bystander'? Men's place in the process of fetal screening and diagnosis. *Social Science & Medicine*, 62, 1349-1359. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.011
- Martin, T. L., & Doka, K. J. (2000). *Men don't cry...women do: Transcending gender stereotypes of grief*. New York: Routledge.
- McCreight, B. S. (2004). A grief ignored: Narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of Health & Illness*, 26, 326-350. doi:10.1111/j.1467-9566.2004.00393.x
- Nazaré, B. (2013). *Experiências conjugais relacionadas com o risco ou a presença de anomalia fetal* (Dissertação de doutoramento). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2013c). O tempo cura tudo? Adaptação à experiência de interrupção médica da gravidez por anomalia fetal durante o primeiro ano. In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. Allen Gomes (Coords.), Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia (pp. 732-741). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.

- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M.C. (2014). Trauma following termination of pregnancy for fetal abnormality: Is this the path from guilt to grief? *Journal of Loss and Trauma*, 19, 244-261. doi:10.1080/15325024.2012.743335
- O'Leary, J., & Thorwick, Clare. (2005). Fathers' perspectives during pregnancy, postperinatal loss. *JOGNN*, 35, 78-86. doi: 10.1111/J.1552-6909.2006.00017.x
- Papworth, V. (2011). Abortion services: the need to include men in care provision. *Nursing Standard*, 25, 35-37. doi: 10.7748/ns2011.06.25.40.35.c8564
- PubMed Health A.D.A.M. Medical Encyclopedia. (2010, Novembro 21). *Miscarriage*. Retirado de <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancyloss/conditioninfo/Pages/default.aspx>
- Rocha, J. C. F. C. (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez* (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Rodrigues, M. M. L., & Hoga, L. A. K. (2005). Homens e abortamento espontâneo: narrativas das experiências compartilhadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 258-267. doi: 10.1590/S0080-62342005000300003
- Rolim, L., & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M. C. Canavarro (Coord.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 255-296). Coimbra: Quarteto.
- Samuelsson, M., Rådestad, I., & Segesten, K. (2001). A waste of life: Fathers' experience of losing a child before birth. *Birth*, 28, 124-130. doi:10.1046/j.1523-536X.2001.00124.x
- Serenó, S., Leal, I., & Maroco, J. (2012). Interrupção voluntária da gravidez: ajustamento psicológico no processo de decisão. *Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade*, 1, 65-81.
- Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage : Psychological and relational consequences for couples. *The British Psychological Society*, 79, 585-594. doi:10.1348/147608306X96992
- Sloan, E. P., Kirsh, S., & Mowbray, M. (2008). Viewing the fetus following termination of pregnancy for fetal anomaly. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 37, 395-404. doi:10.1111/j.1552-6909.2008.00260.x

- Sousa, L., & Pereira, M. G. (2009). O impacto da interrupção da gravidez por malformação congénita: A perspectiva do pai. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10, 31-47.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 435-449. doi:10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Alhadeff, J. M. (1988). The Perinatal Grief Scale: Development and initial validation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58, 435-449. doi:10.1111/j.1939-0025.1988.tb01604.x
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Janssen, H. J. E. M. (2001). International comparison of studies using the Perinatal Grief Scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death Studies*, 25, 205-228. doi:10.1080/07481180125971
- Trochim, W. M. K., & Donnelly, J. P. (2006). *The research methods knowledge base* (3.^a ed.). Mason, OH: Atomic Dog.
- Willick, M. L. (2006). *“The grief never goes away”: A study of meaning reconstruction and long-term grief in parents’ narratives of perinatal loss* (Dissertação de doutoramento não publicada). University of Saskatchewan, Saskatoon, Canadá.
- Wilson, J. P. & Keane, T. M. (Edited by), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2.^a ed., pp. 168-175). Nova Iorque: Guilford.
- Wing, D. G., Clance, P. R., Burge-Callaway, K., & Armistead, L. (2001). Understanding gender differences in bereavement following the death of an infant: Implications for treatment. *Psychotherapy*, 38, 60-73. doi:10.1037/0033-3204.38.1.60
- Worden, J. W. (2008). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4.^a ed.). Hove: Brunner-Routledge.

Anexos

ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO

Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens: Percepção masculina e feminina

O presente trabalho de investigação é da autoria de Ana Mourão, sendo orientado pela Prof.^a Bárbara Nazaré. Esta investigação decorre no âmbito do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Este estudo tem como principal objectivo estudar o impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens, considerando a perspetiva de ambos os membros do casal. A experiência masculina tem sido pouco investigada, embora se saiba que a perda de um filho durante a gravidez ou após o parto tem impacto em ambos os membros do casal

Pretende-se contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo **casais que tenham perdido um filho por morte fetal ou neonatal** (ou seja, durante a gravidez ou durante os primeiros 28 dias após o nascimento). Ao conhecer as necessidades e reacções dos homens que lidam com esta experiência, podemos desenvolver intervenções psicológicas mais adequadas e eficazes.

As informações serão recolhidas através de questionários disponíveis *online*, existindo uma versão feminina e uma versão masculina. Cada membro do casal poderá aceder directamente à respectiva versão dos questionários através de um computador ou dispositivo móvel com acesso à Internet. O preenchimento é feito individualmente, é anónimo e dura aproximadamente 20 minutos. Será utilizado um código específico para cada casal para permitir associar as respostas dos dois membros, protegendo o anonimato do casal. Todos os dados serão tratados confidencialmente e apenas em grupo (ou seja, não serão analisados dados individuais).

Os dados destinam-se apenas a fins de investigação.

A sua participação é voluntária. Pode recusar participar e, se aceitar, poderá desistir de participar a qualquer altura, sem que seja necessário justificar tal decisão. Se desistir, não terá quaisquer prejuízos.

A participação neste estudo não comporta despesas nem é recompensada financeiramente. O único risco que pode advir da sua participação consiste na possibilidade de experienciar emoções como tristeza ou ansiedade, relacionadas com a perda que vivenciou. Se tal se verificar, poderá entrar em contacto com a investigadora responsável (Bárbara Nazaré: abarbaravn@gmail.com), que, se necessário, poderão orientá-lo/a para acompanhamento psicológico.

Se desejar, poderá ainda contactar as investigadoras para esclarecer quaisquer dúvidas sobre a sua participação e/ou para conhecer os resultados obtidos, que estarão disponíveis até final de 2016.

Obrigada pela atenção dispensada.

☐ Sim, aceito participar na investigação.

Data:

Assinatura:

ANEXO II - FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Sexo:

Feminino
Masculino

Idade: anos

Habilitações Literárias

Situação profissional actual

Empregado
Desempregado
Outra

Profissão

Área de residência

Meio Rural
Meio Urbano

Duração da relação conjugal: anos

Número de filhos e Idades

Religião

Nenhuma
Católica
Outra. Qual?

É praticante?

Sim
Não

Sofreu algum aborto espontâneo?

Sim
Não

Quantos?

Há quanto tempo?

Qual o número de semanas de gravidez no momento da(s) perda(s)?

Fez alguma interrupção da gravidez por motivos médicos?

Sim
Não

Quantas?

Há quanto tempo?

Qual o número de semanas de gravidez no momento da(s) perda(s)?

De quem foi a responsabilidade de tomar a decisão sobre o prosseguimento ou interrupção da gravidez?

Exclusivamente da minha
Exclusivamente da minha companheira
Partilhada por mim e pela minha companheira

Na perda mais recente que teve, viu o bebé no momento do parto?

À data da perda mais recente que teve, já

Sim
Não

conseguia sentir o bebé a mexer?

Sim
Não

Fez alguma interrupção voluntária da gravidez?

Sim
Não

Quantas?

Há quanto tempo?

Qual o número de semanas de gravidez no momento da(s) perda(s)?

De quem foi a responsabilidade de tomar a decisão sobre o prosseguimento ou interrupção da gravidez?

Exclusivamente da minha
Exclusivamente da minha companheira
Partilhada por mim e pela minha companheira

Considerando a perda mais recente que viveu, com que frequência fala com o seu companheiro sobre esse assunto?

Nunca
Menos de uma vez por mês
Cerca de 1-2 vezes por mês
Semanalmente
Diariamente

Até que ponto partilha com o seu companheiro aquilo que sente e pensa sobre esse assunto?

Nada
Pouco
Moderadamente
Bastante
Completamente

Até que ponto o seu companheiro partilha consigo aquilo que ele sente e pensa sobre esse assunto?

Nada
Pouco
Moderadamente
Bastante
Completamente

Até que ponto está satisfeita com a comunicação com o seu companheiro acerca desse assunto?

☐	Nada
☐	Pouco
☐	Moderadamente
☐	Bastante
☐	Completamente

ANEXO III - Escala de Luto Perinatal

(Versão original: Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988; Versão portuguesa: Rocha, 2005)

Pensamentos e Sentimentos Actuais Sobre a Perda

Cada item é uma afirmação de pensamentos e sentimentos que algumas pessoas têm sobre uma perda durante a gravidez ou nos primeiros dias após o parto. Não há respostas certas nem erradas. Para cada item, seleccione a opção que melhor indique o actual grau de acordo e desacordo face à situação. Se não tem a certeza, use a categoria “Nem concordo nem discordo”. Por favor, tente usar esta categoria apenas quando realmente não têm opinião.

Deve responder tendo por base aquilo que acha que o seu parceiro pensa, sente e faz, relativamente à perda que sofreram durante a gravidez ou nos primeiros dias após o parto. Não peça ao seu parceiro que responda a estas perguntas. Estamos interessadas em conhecer a sua percepção sobre a experiência do seu parceiro.

Caso tenha passado por mais do que uma perda durante a gravidez ou nos primeiros dias após o parto, responda com base na perda mais recente.

	Concor do totalme nte	Concor do	Nem concor do nem discord o	Discord o	Discord o totalme nte
1. O meu parceiro sente-se deprimido.					
2. O meu parceiro acha difícil estar com algumas pessoas.					
3. O meu parceiro sente um vazio dentro dele.					
4. O meu parceiro não consegue manter as actividades normais.					
5. O meu parceiro sente necessidade de falar sobre o bebé.					
6. O meu parceiro está em luto pelo bebé.					
7. O meu parceiro está assustado.					
8. O meu parceiro considerou o suicídio depois da perda.					
9. O meu parceiro anda a tomar medicamentos para os nervos.					
10. O meu parceiro sente muito a falta do bebé.					
11. O meu parceiro sente que se ajustou bem à perda.					
12. Para o meu parceiro é doloroso relembrar memórias da perda.					
13. O meu parceiro fica perturbado quando pensa no bebé.					
14. O meu parceiro chora quando pensa sobre o bebé.					

15. O meu parceiro sente-se culpado quando pensa no bebé.					
16. O meu parceiro sente-se doente fisicamente quando pensa no bebé.					
17. O meu parceiro sente-se desprotegido num mundo perigoso desde que o bebé morreu.					
18. O meu parceiro tenta-se rir mas já nada lhe parece divertido.					
19. O meu parceiro acha que o tempo passa muito devagar desde que o bebé morreu.					
20. O meu parceiro acha que a melhor parte dele morreu com o bebé.					
21. O meu parceiro acha que desiludiu as pessoas desde que o bebé morreu.					
22. O meu parceiro sente-se sem valor desde que o bebé morreu.					
23. O meu parceiro culpa-se pela morte do bebé.					
24. O meu parceiro zanga-se com os amigos e familiares mais do que devia.					
25. Por vezes, o meu parceiro sente que seria necessário aconselhamento profissional para o ajudar a voltar à vida.					
26. Depois da morte do bebé, o meu parceiro têm a impressão de que só existe, não vive a vida.					
27. O meu parceiro sente-se muito só desde que o bebé morreu.					
28. O meu parceiro sente-se à parte e longe, mesmo entre os amigos.					
29. O meu parceiro acha mais seguro não amar.					
30. Para o meu parceiro tem sido difícil tomar decisões desde que o bebé morreu.					
31. O meu parceiro preocupa-se sobre como vai ser o seu futuro.					
32. O meu parceiro acha que ser um pai em luto significa ser um “cidadão de segunda”.					
33. O meu parceiro acha fantástico sentir que está vivo.					

ANEXO IV - Escala de Impacto de Eventos – Revista (IES-R)

(Versão original: Weiss & Marmar, 1985; Versão portuguesa: Rocha et al., 2006)

A seguir, encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com uma cruz, quão perturbadora foi cada dificuldade na última semana, tendo em conta a perda durante a gravidez ou nos primeiros dias após o parto que vivenciou.

	Nada	Um pouco	Modera- damente	Muito	Extre- mamente
1. Qualquer lembrança trouxe ao meu parceiro sentimentos acerca do que aconteceu.					
2. O meu parceiro teve dificuldades em dormir continuamente.					
3. Outras coisas continuaram a fazer o meu parceiro pensar sobre o que aconteceu.					
4. O meu parceiro sentiu-se irritado ou zangado.					
5. O meu companheiro evitou ficar perturbado quando pensava ou se lembrava da perda.					
6. O meu parceiro pensou sobre a perda sem o desejar.					
7. O meu parceiro sentiu-se como se a perda não tivesse acontecido ou não fosse real.					
8. O meu parceiro afastou-se de coisas que lhe lembravam da perda.					
9. Surgiram imagens da perda ao meu parceiro.					
10. O meu parceiro esteve agitado e assustava-se facilmente.					
11. O meu parceiro tentou não pensar sobre a perda.					
12. O meu parceiro percebeu que ainda tinha muitos sentimentos acerca da perda mas não lidou com eles.					
13. Os sentimentos do meu parceiro acerca da perda estavam como que adormecidos.					
14. O meu parceiro deu consigo a agir ou a sentir-se como se tivesse voltado ao momento da perda.					
15. O meu parceiro teve dificuldades em					

adormecer.					
16. O meu parceiro teve momentos de emoções intensas acerca da perda.					
17. O meu companheiro tentou apagar da memória o que aconteceu.					
18. O meu parceiro teve dificuldade em concentrar-se.					
19. As recordações da perda causaram ao meu companheiro sensações físicas como suores, dificuldade em respirar, náusea ou coração acelerado.					
20. O meu companheiro teve sonhos acerca da perda.					
21. O meu parceiro sentiu-se na defensiva ou em alerta.					
22. O meu companheiro tentou não falar sobre a perda.					

ANEXO V - Escala de Avaliação Relacional (EAR)

(Versão original: Hendrick, Dicke & Hendrick, 1998; Versão portuguesa: Santos et al., 2000)

Por favor, indique assinalando com um círculo o número que, para cada pergunta, melhor expressa a sua resposta relativamente à sua relação amorosa:

1. Até que ponto é que o/a seu/sua parceiro corresponde às suas necessidades?

1	2	3	4	5
Muito mal	Mal	Medianamente	Bem	Muito bem

2. De um modo geral, até que ponto está satisfeita com a sua relação?

1	2	3	4	5
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Medianamente satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

3. Até que ponto é que a sua relação é boa, em comparação com a maioria das relações?

1	2	3	4	5
Muito má	Má	Mediana	Boa	Muito boa

4. Com que frequência deseja não se ter envolvido nesta relação?

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre

5. Até que ponto é que a sua relação tem correspondido às suas expectativas iniciais?

1	2	3	4	5
Nada	Pouco	Medianamente	Muito	Completamente

6. Com que intensidade ama o/a seu/sua parceiro/a?

1	2	3	4	5
Muito pouco	Pouco	Medianamente	Muito	Muitíssimo

7. Quantos problemas existem na sua relação?

1	2	3	4	5
Muito poucos	Poucos	Alguns	Muitos	Imensos

ANEXO VI - Questionário de Estilos Afectivos

Hofmann & Kashdan (2010); adaptação portuguesa em curso

Instruções: Nós estamos interessados em saber como experiencia e gere as suas emoções. Obviamente, diferentes situações podem despoletar diferentes respostas, mas pense na forma como *faz habitualmente*. Por favor, tente responder a cada item *separadamente, na sua cabeça, dos outros itens*. Não indique que concorda com coisas que pensa que deveria ou deseja fazer. Em vez disso, escolha as suas respostas cuidadosamente, e responda aquilo que é verdadeiro PARA SI. Por favor, responda a *todos* os itens. Não existem respostas “certas” ou “erradas”, portanto escolha a resposta mas adequada para SI – não o que pensa que “a maioria das pessoas” iria responder. Use a escala abaixo para responder a cada item.

- 1 – Nada verdadeiro para mim
- 2 – Um pouco
- 3 – Moderadamente
- 4 – Bastante
- 5 – Extremamente verdadeiro para mim

1. As pessoas geralmente não conseguem perceber como eu me sinto por dentro.
2. Tenho as minhas emoções sob controlo.
3. Consigo tolerar emoções fortes.
4. Posso evitar ficar aborrecido adoptando uma perspectiva diferente sobre as coisas.
5. Reprimo muitas vezes as minhas reacções emocionais às coisas.
6. É normal as outras pessoas verem-me aborrecido.
7. Consigo acalmar-me muito rapidamente.
8. Sou capaz de deixar os meus sentimentos de lado.
9. Sou bom a esconder os meus sentimentos.

10. As pessoas geralmente não conseguem perceber quando eu estou aborrecido.
11. É normal sentir emoções negativas, às vezes.
12. Consigo deixar de estar de mau humor muito rapidamente.
13. As pessoas geralmente não conseguem perceber quando eu estou triste.
14. Consigo tolerar estar aborrecido.
15. Consigo agir de forma a que as pessoas não me vejam aborrecido.
16. Sei exactamente o que fazer para ficar de bom humor.
17. Não há nada de errado em ser muito emotivo.
18. Consigo fingir emoções facilmente.
19. Consigo ficar de bom humor muito rapidamente.
20. Consigo esconder bem a minha raiva, se for preciso.