

**CATARINA MARTA DOS SANTOS
MARTINS E SOARES DE OLIVEIRA**

**IMPACTO DE UMA MORTE FETAL
O NEONATAL NOS HOMENS E COMUNICAÇÃO
DO CASAL SOBRE A PERDA: PERCEPÇÃO
MASCULINA**

Orientadora: Prof.^a Doutora Bárbara Nazaré

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Escola de Psicologia e Ciências da Vida
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Lisboa
2018**

**CATARINA MARTA DOS SANTOS
MARTINS E SOARES DE OLIVEIRA**

**IMPACTO DE UMA MORTE FETAL
O NEONATAL NOS HOMENS E COMUNICAÇÃO
DO CASAL SOBRE A PERDA: PERCEÇÃO
MASCULINA**

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 27 de Julho de 2018 com
o Despacho de Nomeação de Júri nº 174/2018
com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Patrícia
Pascoal

Arguente: Professora Doutora Ana Beato

Orientadora Académica: Professora Doutora
Bárbara Nazaré

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Lisboa

2018

Agradecimentos:

Primeiramente, quero agradecer à Professora Doutora Bárbara Nazaré, por todo o apoio e paciência neste longo caminho. Sempre disponível a ajudar e a colaborar com o seu conhecimento académico e de vida. Um grande obrigada!

Quero também agradecer a todos os casais que participaram neste estudo, disponibilizando-se a colaborar sobre um assunto tão complicado nas suas vidas. Sem eles, não seria possível alcançar os objectivos do meu trabalho.

Aos meus amigos, à amiga que a Faculdade me deu - Tânia - e colegas do seminário de dissertação, um obrigada por estarem sempre lá, pelas gargalhadas, pelas partilhas, pela paciência. Foi longo o percurso, mas conseguimos chegar ao fim!

À minha família, que sempre me apoiou e ajudou. Sempre escutou as minhas “ansiedades” relativamente a todo este percurso que, finalmente, está na recta final. Ao meu pai, por me permitir ter acesso a uma formação académica.

E, por último, mas não menos importante, ao meu Francisco e à família Cardoso, que sempre que era necessário me davam uma palavra de conforto e aquele “empurrãozinho” nos momentos mais stressantes e menos positivos.

Resumo

A perda gestacional é um acontecimento potencialmente negativo e traumático, que vai ter implicações a nível individual e relacional. O presente estudo teve como objectivo analisar o impacto da morte fetal ou neonatal nos homens e a comunicação do casal sobre a perda, na perspectiva masculina.

O estudo englobou 29 participantes que preencheram um protocolo de avaliação composto por: ficha de dados sociodemográficos, Escala de Luto Perinatal, Escala de Impacto de Eventos - Revista e Escala de Ajustamento Diádico.

Verificou-se que a maioria dos homens não apresentou reacções clinicamente significativas de luto e trauma; o aumento da sintomatologia de luto está associado ao aumento da sintomatologia de trauma; a maioria dos homens está satisfeita com a comunicação com a sua companheira; e que o aumento da duração da relação conjugal associa-se negativamente com a comunicação.

A perda fetal ou neonatal é um acontecimento que afecta negativamente alguns homens, incidindo no seu bem-estar e na sua relação conjugal. É importante conhecer as suas implicações, de forma a ajudar os homens a desenvolver estratégias para se reorganizarem, entenderem e gerirem os seus pensamentos e sentimentos.

Palavras-chave: comunicação; experiência masculina; morte fetal e neonatal; luto; trauma.

Abstract

Pregnancy loss is a potentially negative and traumatic event, which will have implications at the individual and relational levels. The present study aimed to analyze the impact of fetal or neonatal loss in men and the couple's communication about the loss, from a male perspective.

This study involved 29 participants who completed an evaluation protocol composed of: sociodemographic and clinical data sheet, Perinatal Grief Scale, Impact of Event Scale – Revised and Dyadic Adjustment Scale.

It was found that the majority of men didn't present clinically significant reactions of grief and trauma; the increased symptomatology of grief is associated with an increase in the symptomatology of trauma; most men are satisfied with the communication with their partner; and the increase in length of conjugal relationship was negatively associated with communication.

Fetal and neonatal loss is an event that negatively affects some men, focusing on their well-being and in their marital relationship. It is important to know the implications to help men developing strategies to reorganize themselves, understanding and managing their thoughts and feelings.

Keywords: communication; male experience; fetal and neonatal loss; grief; trauma.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AE	Aborto espontâneo
EAD-R	Escala de Ajustamento Diádico
EPCV	Escola de Psicologia e Ciências da Vida
IES-R	Impact of Event Scale - Revised
IMG	Interrupção Médica da Gravidez
INE	Instituto Nacional de Estatística
PGS	Perinatal Grief Scale
POSR	Partner-Oriented Self-Regulation
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
ULHT	Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Índice Geral

Introdução.....	8
Classificação, definições e prevalência das mortes fetais ou neonatais.....	8
A sintomatologia de luto e trauma na perda fetal ou neonatal.....	8
Influência de género nas reacções às mortes fetais ou neonatais.....	9
Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens.....	11
A comunicação do casal sobre a perda.....	12
Objectivos.....	13
Metodologia.....	14
Amostra.....	14
Instrumentos.....	15
Ficha de dados sociodemográficos e clínicos.....	15
Escala de Luto Perinatal (Perinatal Grief Scale – PGS).....	16
Escala de Impacto de Eventos–Revista (<i>Impact of Event Scale–Revised–IES-R</i>).....	16
Escala de Ajustamento Diádico – Revista (EAD-R):.....	17
Procedimento.....	17
Análises Estatísticas.....	19
Resultados.....	19
Discussão.....	23
Limitações.....	26
Pontos fortes do estudo.....	27
Implicações clínicas.....	27
Sugestões para estudos futuros.....	28
Referências.....	29
ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO.....	I
ANEXO II – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....	II
ANEXO III – Escala de Luto Perinatal.....	II
ANEXO IV – Escala de Impacto de Eventos – Revista (IES-R).....	II
ANEXO V – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS):.....	II
ANEXO VI – Questionário de Estilos Afectivos:.....	II
ANEXO VII – Escala de Ajustamento Diádico – Revista (EAD-R):.....	II
ANEXO VIII – Questionário de Estilos Afectivos:.....	II

Índice de Quadros

Quadro 1. - <i>Caracterização Sociodemográfica da Amostra</i>	14
Quadro 2. - <i>Caracterização Clínica da Amostra</i>	15
Quadro 3. - <i>Estatísticas Descritivas das Variáveis do Estudo</i>	20
Quadro 4. - <i>Correlações entre as Características Clínicas da Perda e Sintomatologia de Luto e Trauma</i>	21
Quadro 5. - <i>Estatísticas Descritivas da Comunicação do Casal sobre a Perda</i>	22
Quadro 6. - <i>Correlações entre a Comunicação do Casal acerca da Perda, Características Clínicas da Perda, Sintomatologia de Luto e Trauma, Características Relacionais e Individuais</i>	23

Introdução

Classificação, definições e prevalência das mortes fetais ou neonatais

A perda gestacional engloba um conjunto de perdas que podem ocorrer ao longo da gravidez ou após o parto: aborto espontâneo, morte fetal, morte neonatal, interrupção médica da gravidez e diagnóstico de anomalias no feto (PublicHealthAgencyof Canada, 2000).

O presente estudo vai focar-se nas perdas por morte fetal ou neonatal. Segundo a Direcção Geral de Saúde (2013, citado por Nogueira, Costa, Rosa,& Silva, 2013), morte fetal é a “(...) morte de um produto da fecundação antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez”. A morte fetal pode ser classificada como precoce, quando ocorre até às 22 semanas completas de gestação (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002); intermédia, quando ocorre entre as 22 e as 28 semanas de gestação completas (INE, 2002); e tardia, quando ocorre depois das 28 semanas completas de gestação (INE, 1994). A morte neonatal corresponde à ocorrência de óbitos em crianças que, tendo nascido vivas, não completam o 28.º dia (DGS, 2013).

Em 2016, em Portugal, verificaram-se 271 óbitos fetais e 198 óbitos neonatais (INE, 2017). Relativamente aos óbitos neonatais, estes aumentaram em 2016, tendo sido registados no ano de 2015, 175 óbitos neonatais (125 ocorreram nos primeiros 6 dias de vida) (INE, 2017).

A sintomatologia de luto e trauma na perda fetal ou neonatal

O nascimento de um filho é considerado uma das experiências de vida que mais marcam o desenvolvimento da vida de um casal (Rio, 2013). Por outro lado, a morte é vista como um acontecimento que provoca no indivíduo medo, angústia e o reconhecimento do epílogo sobre a vida (Kovács, 2013). Assim, perante a morte de um filho, por nascer ou recém-nascido, torna-se difícil gerir sentimentos dicotómicos; por um lado, a felicidade pela chegada de um novo elemento; por outro lado, a tristeza pela perda (Rio, 2013).

Deste modo, o processo de luto é dinâmico e complexo, englobando a personalidade do sujeito e a maneira como utiliza as suas estratégias de *coping* de forma a ser resiliente perante as vivências traumáticas (Grinberg, 2000).

Segundo Barbosa e Neto (2010), a perda de um filho pode ter uma perspectiva dicotómica, podendo ser uma perda comum e também única. Comum, pois é experienciada por muitas pessoas e em determinados momentos; única, porque cada perda comporta um simbolismo próprio e subjectivo para cada indivíduo. Rolim e Canavarro (2001) também

referem que a perda de um filho por morte fetal ou neonatal é vista como uma ocorrência fortemente traumática por ser um acontecimento súbito.

Segundo Kovács (2013), quando existe uma relação com alguém com quem se construiu um vínculo e ocorre uma ruptura, há o desenvolvimento de um luto. No caso de uma ruptura entre pais e um filho que morre, ainda na gestação ou nos dias após o seu nascimento, a perda é considerada complexa, por não ser um acontecimento esperado (Kovács, 2013).

O luto complicado (i.e., luto não resolvido ou traumático) é intenso e prolongado no tempo, estando associado a alterações significativas na saúde, no funcionamento social e ao nível do trabalho (Zisook&Shear, 2009). Kersting& Wagner afirmam que a perda fetal ou neonatal é um acontecimento único porque é caracterizado como súbito e inesperado, no qual não existem memórias ou experiências partilhadas, bem como, a existência de um objecto para enlutar (2002, citado por Tsenget al., 2017). Perante uma situação de luto fetal ou neonatal: a ansiedade pela chegada de um filho, a duração da gravidez, a intensidade do desejo em ter um filho, o papel que o progenitor iria desempenhar, a causa da morte, a qualidade e proximidade da relação que começava a ser estabelecida, entre outros, são factores que vão influenciar o luto, quer individualmente, quer relacionalmente (Morelli, Scorsolini-Comin& Santos, 2014; Brier, 2008).

Segundo Pais Ribeiro (2005), o trauma é um acontecimento negativo que perturba um indivíduo, o qual vai alterar negativamente a sua vida e que produz, pelo menos temporariamente, reacções psicológicas que são caracterizadas por estados emocionais negativos, sendo o caso da ansiedade e depressão. A perda é caracterizada como um acontecimento potencialmente traumatizante, que permanece na lembrança dos dois elementos do casal (Nazaré et al., 2010). Assim, o facto de a chegada de um bebé ser frequentemente vivida como um momento de plenitude, pode desenvolver riscos para resultados traumáticos aquando da ocorrência da perda (Iaconelli, 2007).

Influência de género nas reacções às mortes fetais ou neonatais

Segundo Black (1991), a gravidez e a perda fetal são vivências experienciadas de maneira diferente pelas mulheres e pelos homens. As disparidades entre géneros na vivência do luto podem proporcionar na relação conjugal uma pressão acrescida (Badenhorst&Hughes, 2007).

Os estudos referem que as mulheres tendem a apresentar mais emoções e a viver o luto de forma mais intensa comparativamente aos homens (Callister, 2006). Os homens controlam

mais as suas emoções, internalizando-as, pois a sua resposta de luto é mais controlada e com menos manifestações, sendo comuns sentimentos como tristeza, vergonha, depressão e comportamentos auto-destrutivos como abuso de substâncias, álcool e sexo (Ring-Cassidy & Gentles, 2003).

Num estudo realizado por Avelinet al. (2013), três meses após a perda fetal, verificou-se que, tanto as mães, como os pais tinham uma resposta de luto caracterizada por choro, sendo que os homens respondiam com raiva, irritação e silêncio. Nesse mesmo estudo, verificou-se também, que os pais em luto expressavam a sua tristeza através de frustração, actividades ou evitamento, enquanto as mães reportaram expressar o seu luto através do choro e consideravam importante falar sobre o assunto (Avelinet al, 2013). Estudos existentes evidenciaram diferenças de género na expressividade emocional, demonstrando que os homens têm mais dificuldade em comunicar as suas emoções (Cordova et al., 2005).

Segundo Evans, McGreal e Burrows (1997), a tendência do género masculino é a de indagar suporte social e adquirir recursos que o ajudem a ignorar a situação, quando, por outro lado, as companheiras tendem a alcançar uma ajuda espiritual, tal como mecanismos de redução da tensão, pensamentos positivos e suporte noutras mulheres que tenham experienciado a mesma vivência traumática.

Num estudo de Armonstrong, grande parte dos homens que vivenciaram uma gravidez saudável das suas companheiras reportaram dificuldade em reconhecer a sua transição para a parentalidade, questionando-se se tinham o direito de ser chamados de “pai” após uma perda fetal (2001, citado por Dueet al., 2017). Num outro estudo de McCreight, os homens descreveram um profundo sentimento de perda de sonhos e esperança que tinham idealizado para o seu filho e, para si, enquanto futuros progenitores, principalmente após o vínculo estabelecido ao visualizar o feto na ecografia, criando assim uma aproximação à sua futura realidade (2001, citado por Dueet al., 2017).

A reacção dos pais à perda de um filho (real e imaginado) provoca tensão na relação conjugal, por ter impacto em ambos os membros do casal (Samuelsson et al, 2001), pois o elemento perdido já era visto como um membro da família, com o qual já existia uma relação afetiva (Sousa & Pereira, 2009). A literatura sugere que há diferenças de género nas estratégias de *coping* perante uma morte fetal ou neonatal, que pode conduzir a problemas de comunicação, conflitos conjugais e à separação do casal (Murphy, Johnson & Lohan, 2003).

Assim, a perda de um filho é um acontecimento que pode desestruturar a dinâmica familiar, podendo ocasionar problemas a nível conjugal e separações (Doka 2000). Em

relação aos conflitos conjugais posteriores à morte de um filho, as investigações são reduzidas e pouco consensuais. Alguns autores afirmam que cerca de 75% a 90% dos casais que vivenciaram uma perda fetal ou neonatal têm sérios problemas conjugais (Sanders, 1999). Num estudo realizado por Lopes (2008), em Portugal, cerca de 80% dos 30 pais incluídos que tinham vivenciado uma perda fetal ou neonatal continuaram casados após uma perda fetal e mantendo uma família nuclear intacta.

Pouco se sabe sobre as diferenças de género no sofrimento e atitude perante uma situação de morte fetal, sendo que os poucos estudos existentes centram-se no elemento feminino do casal (Brier, 2008).

Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens

O planeamento e o desejo da chegada de um filho é abalado a um nível global quando ocorre uma perda gestacional, intensificando o sentimento de luto que se associa à existência de alterações na estrutura familiar planeada; uma oportunidade “falhada” de exercer a parentalidade; perda de expectativas e sonhos relativamente à gravidez e à vida real (Callister, 2006; Heutis & Jenkins, 2005, citados por Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

Os homens têm vindo a demonstrar um crescente envolvimento no processo de gravidez, sendo igualmente afectados aquando de uma morte fetal (Caldeira et al., 2017; Morelliet al., 2014). Por interiorizarem as suas emoções, o seu sofrimento é frequentemente ignorado, e aquando o acontecimento traumático, o seu papel é encarado somente como suporte perante as suas companheiras (Serrano e Lima, 2006). A não exteriorização dos sentimentos pode provocar no género masculino um conjunto de reacções fisiológicas, tal como, a fadiga, stress, mal-estar e insónia, que dificilmente os homens associam à perda traumática que estão a vivenciar (Doka, 2000).

Num estudo realizado por O’Leary (2006, citado por Due, 2017), foi identificada a falta de reconhecimento social que muitos homens descrevem quando experienciam uma perda fetal ou neonatal, sentindo-se negligenciados e marginalizados, quando comparados com as suas companheiras que vivenciaram fisicamente a perda e, nas quais, o sofrimento é mais visível.

Segundo Dyregrov & Dyregrov (2015), os homens retornam mais rapidamente à sua vida normal, depois de uma experiência de uma morte fetal ou neonatal, por se focarem menos nas suas emoções e por terem mais capacidade de se desligar delas.

A experiência masculina de uma morte fetal ou neonatal tem sido significativamente pouco estudada, em comparação com a experiência feminina (Badenhorst et al., 2006), pois a

experiência de uma gestação tende a ser considerada um assunto somente de mulheres (Dueet al, 2017). Dueet al. (2017) afirmam existirem poucos estudos que foquem o impacto de uma perda fetal ou neonatal na saúde e no bem-estar dos homens. Esta lacuna na literatura é considerada problemática, pois as pesquisas existentes demonstram uma série de potenciais impactos sobre o bem-estar dos homens após uma perda fetal ou neonatal, demonstrando que pode haver a ocorrência de depressões, ansiedade, privação do luto, bem como, a tendência de comportamentos de risco como o uso de álcool ou drogas (Brier, N., 2008, citado por Dueet al., 2017). Segundo Kersting & Wagner (2013), os homens demonstraram que lidavam com o seu luto, internalizando e negando os seus sentimentos e pensamentos ou arranjando distrações, em vez de, falar sobre a vivência da perda.

A comunicação do casal sobre a perda

É desafiante conciliar as realidades opostas da vida: por um lado, o originar de uma vida e, por outro lado, a vivência da morte (Keating & Seabra, 1994). Segundo Filho e Lima (2017), o luto que advém de uma perda fetal ou neonatal é uma experiência subjectiva, a qual vai implicar inúmeras adaptações, quer a nível individual, quer na relação conjugal e socialmente, solicitando ao progenitor uma nova identidade.

O ajustamento diádico é entendido como um processo dinâmico que resulta da interacção, tensão, satisfação, coesão e consenso sobre aspectos importantes no relacionamento para o casal (Hernandez, 2009). Nas relações conjugais, a funcionalidade da dinâmica de cada casal está associada aos padrões de comunicação (Pappet al. 2009, citado por Luz, 2015).

De acordo com Albuquerque et al. (2015), existem evidências de que, apesar de os casais discutirem, alguns relacionamentos consolidam-se quando há a partilha de sofrimento, contribuindo, assim, para mais coesão e apoio interpessoal. E embora a dor se mantenha após uma vivência traumática como uma perda fetal ou neonatal, a satisfação e a intimidade têm tendência para aumentar (Cacciatore, 2013). Num estudo realizado por denTroost (2005), a expressividade dos homens teve um efeito positivo na satisfação das mulheres, i.e., quanto maior a expressão de sentimentos por parte do homem, maior a satisfação das parceiras.

Stroebe et al (2013) realizaram um estudo sobre a influência do luto parental (incluindo: morte fetal e neonatal, síndrome de morte súbita, por doença, acidente, suicídio e homicídio) no seio do casal, no qual foi focado num fenómeno chamado *Partner-oriented self-regulation (POSR)*. Os autores definiram POSR como o evitamento em falar sobre a perda e manter-se forte na presença do/a companheiro/a com a intenção de o/a proteger. Os

resultados deste estudo demonstraram que o POSR pode aumentar nas respostas ao luto em ambos os elementos do casal (Stroebe et al., 2013).

Num estudo realizado no México por Aranda (2015, citado por Luz, 2017) verificou-se que os homens utilizam um estilo de comunicação mais reservado, utilizando silêncio e um discurso menos tolerante e impaciente com as parceiras.

A comunicação entre o casal é fundamental pois, pode ser um meio de resolução de conflitos (Figueiredo, 2005). Segundo Figueiredo (2005), existe uma relação estreita entre a comunicação e a relação conjugal, sendo que o casal interage de forma íntima e constante, levando a uma comunicação ativa e positiva.

O que se verifica diversas vezes é que um dos elementos do casal não respeita a forma como o outro enfrenta o seu luto, provocando uma distância do assunto “filho que morreu”, de forma a poupar o/a companheiro/a, ocasionando separações (Doka, 2000).

Joronen et al. (2015) evidenciam existirem fortes evidências em diversos estudos de que, após uma perda fetal, os conflitos e os problemas conjugais tendem a aumentar. Os pais demonstraram ter menos interação e mais problemas em se expressar verbalmente, bem como, falar da perda que vivenciaram. Os homens afirmam que sentem uma particular dificuldade em expressar o seu luto com as suas companheiras (Joronen et al., 2015).

Através da comunicação, os casais podem entender como o outro está a lidar com o seu luto, e é através da comunicação dos seus pensamentos, sentimentos e necessidades que aumentam a qualidade da relação, bem como, fortalecem os laços que os unem (Dyregrov & Dyregrov, 2015).

Objectivos

O número de estudos que consideram o impacto da morte fetal ou neonatal na perspectiva dos homens é reduzido. Seria pertinente, assim, avaliar a sintomatologia de luto e trauma masculino associada à morte fetal ou neonatal de um filho.

Pretende-se, com este estudo, analisar o impacto da morte fetal e neonatal nos homens e a comunicação do casal sobre a perda, numa perspectiva masculina. Desse modo, definiram-se os seguintes objectivos: 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; 2) explorar a relação entre as características da perda (e.g., idade gestacional aquando da perda) e a sintomatologia de luto e trauma masculino; 3) descrever o ajustamento diádico após uma morte fetal ou neonatal; 4) descrever a comunicação do casal após uma perda fetal ou neonatal e 5) avaliar a relação entre a comunicação do casal e a

sintomatologia de luto e trauma, características clínicas da perda e características relacionais (e.g., duração da relação conjugal) e individuais (e.g., idade).

Metodologia

Seguidamente, é descrita a estratégia metodológica que foi utilizada nesta investigação.

Amostra

O protocolo de investigação foi respondido por 41 homens. Somente 29 homens foram considerados para a análise deste estudo, pois cumpriram os seguintes critérios de inclusão: 1) idade mínima de 18 anos; 2) escolaridade mínima de 4 anos; 3) nacionalidade portuguesa; 4) residência em Portugal; 5) experiência de, no mínimo, uma morte fetal ou neonatal nos últimos dois anos e 6) existência de uma relação conjugal com a mãe do bebé. Como critério de exclusão, não foram consideradas as mortes fetais resultantes de interrupções voluntárias da gravidez. Este critério de exclusão foi definido por, muitas vezes, estas gravidezes não serem planeadas e desejadas (Serenio, Leal, & Maroco, 2012).

A caracterização sociodemográfica e clínica da amostra deste estudo apresenta-se nos quadros 1 e 2.

Quadro 1.

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	%
Idade	36,	6,81		
Escolaridade (anos)	13,	3,31		
Duração da relação conjugal atual(anos)	8,3	5,65		
Situação profissional				
Empregado			2	10
Área de residência				
Meio rural			4	
Meio urbano			2	86,
Paridade				
Sem filhos vivos			1	44,
Com filhos vivos			1	55,

Quadro 2.

Caracterização Clínica da Amostra

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Número de perdas				
1			18	62,1
2			5	17,2
3 ou mais			6	20,6
Tipo de perda				
AE			17	58,6
IMG			4	13,8
Morte neonatal			5	17,2
AE + Morte neonatal			1	3,4
AE + IMG			2	6,9
Viu o bebé no momento do parto				
Sim			5	17,2
Não			24	82,8
Idade gestacional da última perda (semanas)	14,56	11,35		
Tempo decorrido desde a última perda (semanas)	41,72	29,68		
Gravidez			28	96,6
Planeada			29	100
Desejada				

Nota. AE = aborto espontâneo; IMG = interrupção médica da gravidez.

Instrumentos

As escalas usadas para análise de dados no presente estudo foram: ficha de dados sociodemográficos e clínicos, Escala de Luto Perinatal, Escala de Impacto de Eventos – Revista e Escala de Ajustamento Diádico – Revista. Foram também aplicados a Escala de Satisfação com o Suporte Social, o Questionário de Estilos Afectivos e o Questionário de Padrões de Comunicação, cujos dados não foram analisados no âmbito do estudo.

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos

A ficha de dados sociodemográficos teve como objectivo recolher informações sobre as características sociodemográficas (e.g., sexo, idade, habilitações literárias), características da perda (e.g., tempo decorrido desde a última perda, tipo de perda, idade gestacional na altura da perda) e informações relativas à comunicação do casal sobre a perda. As perguntas focaram a frequência (“*Com que frequência fala com a sua companheira sobre a perda mais recente que vivenciaram?*”, opções de resposta de *Nunca* a *Diariamente*); partilha da própria experiência (“*Até que ponto partilha com a sua companheira aquilo que sente e pensa sobre*

a perda mais recente que vivenciaram?”, com opções de resposta de *Nada* a *Totalmente*); partilha da companheira sobre a perda (*“Até que ponto a sua companheira partilha consigo aquilo que ela sente e pensa sobre a perda mais recente que vivenciaram”?*), com opções de resposta de *Nada* a *Totalmente*); e satisfação acerca da comunicação do casal (*“Até que ponto está satisfeito com a comunicação com a sua companheira acerca da experiência de perda mais recente que vivenciaram?”*, com opções de resposta de *Nada* a *Totalmente*).

Escala de Luto Perinatal (Perinatal Grief Scale – PGS)

Desenvolvida originalmente por Potvin, Toedter e Lasker (1989) para avaliar a sintomatologia do luto perinatal. A versão curta inclui 33 itens e uma escala do tipo Likert de 5 pontos (de 1 –*Concordo totalmente* a 5 –*Discordo totalmente*). Apresenta três subescalas: Luto Activo (i.e., respostas comuns e frequentes, incluindo tristeza, choro e saudades do bebé; $\alpha = ,89$), Dificuldades de *Coping* (i.e., respostas que sugerem isolamento e depressão, como dificuldade em gerir relações interpessoais e actividades rotineiras; $\alpha = ,90$) e Desespero (i.e., sentimentos de inutilidade e desespero; $\alpha = ,87$), com os valores de α referentes à amostra do estudo atual. A versão portuguesa desta escala foi adaptada por Rocha (2004) e apresenta uma estrutura trifatorial idêntica à original. A pontuação total (calculada a partir da soma de todos os itens) pode oscilar entre 33 e 165, sendo que a partir de 91 indica sofrimento clinicamente significativo. O total da escala demonstrou um nível elevado de consistência interna ($\alpha = ,95$) e bons indicadores de validade (Rocha, 2004).

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

Construída por Weiss e Marmar (1997), tem como objectivo avaliar a percepção do grau de impacto da ocorrência de um determinado acontecimento. Inclui 22 itens e uma escala tipo Likert, com cinco opções de resposta variáveis entre *Nada* e *Extremamente*. É composta por três subescalas: Evitamento (i.e., esforços para evitar ficar perturbado com o evento, evitar falar ou pensar nele ou evitar estímulos que o lembrem; $\alpha = ,84$), Intrusão (i.e., pensamentos e imagens intrusivas sobre o evento, sonhos e sentimentos intensos referentes ao evento, lembranças do evento causadas por estímulos; $\alpha = ,88$) e Hiperactivação (i.e., irritabilidade, hipervigilância e dificuldades de concentração; $\alpha = ,86$), com os valores de α referentes à amostra do estudo atual. A escala original apresenta bons níveis de consistência interna e bons indicadores de validade (Weiss, 2004). O ponto de corte de 1,5 permite identificar pessoas com sintomatologia clinicamente significativa (Creamer et al., 2003). A versão portuguesa da IES-R apresenta um α de Cronbach de 0,94 e demonstrou ser válida (Castanheira et al., 2012).

Escala de Ajustamento Diádico – Revista (EAD-R):

Inicialmente construída com 32 itens, foi posteriormente proposta uma versão revista e curta da escala com 14 itens (Spanier, 1976; Busby et al., 1995). Consiste numa medida de autorresposta, que avalia o nível de ajustamento conjugal, permitindo classificar os casais quanto à existência ou não de dificuldades de ajustamento (Busby et al., 1995). Tem quatro escalas de resposta variáveis (frequência e concordância), com cinco ou seis opções. É constituída por três subescalas: Consenso (tomada de decisão, valores e afeto; $\alpha = ,87$); Satisfação (estabilidade e conflito; $\alpha = ,88$) e Coesão (actividades; $\alpha = ,69$), com os valores de α referentes à amostra do estudo atual. Valores mais altos da pontuação total e das subescalas revelam um melhor relacionamento conjugal (Busby et al., 1995). Os estudos originais revelam boas qualidades psicométricas, com o alfa de Cronbach das subescalas a variar de 0,80 a 0,85 (Busby et al., 1995). Os estudos psicométricos da versão portuguesa estão em curso.

Procedimento

Tratou-se de estudo transversal, utilizando uma metodologia correlacional e uma amostra de conveniência.

Inicialmente, o projeto 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, construímos duas plataformas digitais – versão masculina e feminina - (disponíveis *online* – www.typeform.com) que foram divulgados em associações, instituições, páginas ou grupos de apoio (no Facebook) focadas na perda fetal ou neonatal, como é o exemplo da Associação Projeto Artémis. O protocolo incluiu um documento de consentimento informado (ver AnexoI), cuja leitura e aceitação foram um requisito para a participação na presente investigação.

Os casais que aceitaram participar preencheram o protocolo de avaliação em separado, definindo um código para que os investigadores pudessem agregar os dois protocolos de avaliação. O questionário para a versão masculina correspondeu à perspectiva dos homens sobre a morte fetal ou neonatal, sendo que a versão feminina solicitou que as mulheres respondessem tendo em consideração a sua percepção da experiência dos seus companheiros sobre a mesma temática.

Noventa e sete mulheres e 41 homens responderam ao protocolo de avaliação. Para

este estudo, foram apenas consideradas as respostas masculinas.

Análises Estatísticas

Os dados recolhidos na presente investigação foram introduzidos e analisados no SPSS 22.

Foram calculadas as estatísticas descritivas (médias, desvios padrões, frequências e percentagens) para a caracterização da amostra, para a descrição da intensidade da sintomatologia de luto e trauma e a prevalência de sintomatologia clinicamente significativa associada a uma morte fetal ou neonatal nos homens e para a descrição das restantes variáveis do estudo.

Para a análise das escalas e subescalas utilizadas foram feitas análises estatísticas de confiabilidade de modo a obter o respectivo Alfa de Cronbach, de modo a quantificar a consistência interna das medidas. Para a realização dos restantes objectivos, foram realizadas correlações bivariadas, de modo a calcular o coeficiente de correlação de Pearson.

Resultados

No Quadro 3, encontram-se as estatísticas descritivas dos questionários do protocolo de avaliação. Relativamente ao primeiro objectivo deste estudo, salienta-se que a maioria dos homens não apresenta reacções clinicamente significativas de luto (72,4%) e trauma (65,5%). Uma percentagem considerável de participantes apresentou reacções clinicamente significativas de luto (27,6%) e de trauma (34,5%). O valor médio obtido na PGS ($M=77,82$), não é considerado como sofrimento clinicamente significativo (>91).

Quadro 3.

Estatísticas Descritivas das Variáveis do Estudo

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
LutoActivo (PGS)	32,	8,24		
Dificuldades de <i>Coping</i> (PGS)	23,	8,20		
Desespero (PGS)	22,	7,68		
Escala Total (PGS)	77,	22,66		
Lutoclinicamente significativo				
Sim			8	27,6
Não			21	72,4
Intrusão (IES-R)	8,9	5,67		
Evitamento (IES-R)	10,	6,28		
Hiperactivação (IES-R)	5,2	4,33		
Escala total (IES-R)	1,1	0,65		
Trauma clinicamente significativo				
Sim			10	34,5
Não			19	65,5
Consenso (EAD-R)	3,6	0,73		
Satisfação (EAD-R)	3,6	0,96		
Coesão(EAD-R)	2,9	0,99		
Escala total (EAD-R)	48,	8,98		

Nota. PGS = Escala de Luto Perinatal; IES – R =Escala de Impacto de Eventos; EAD-R = Escala de Ajustamento diádico.

Relativamente ao segundo objectivo, como ilustra o Quadro 4, verificaram-se correlações positivas entre 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 acordo com o Quadro 4, constatou-se que a idade gestacional da última perda se associou positivamente com as variáveis luto activo, desespero e a escala total da PGS (luto) e a Hiperactivação (trauma). Quanto maior era o tempo de gestação aquando da perda, maior era a sintomatologia de luto (luto activo e desespero), bem como a sintomatologia de trauma (Hiperactivação). Estas associações apresentaram uma intensidade moderada a forte.

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)	,05	,26	,26	,20	,35	-,1	,31	,16
Idade gestacional da última perda (semanas)	,	,	,34	,	,35	,	,	,
1. LutoActivo (PGS)	-	,	,	,	,	,30	,	,
2. Desespero (PGS)	,	-	,	,	,	,26	,	,
3. Dificuldades de <i>Coping</i> (PGS)	,	,	-	,	,	,14	,	,35
4. Escala total (PGS)	,	,	,	-	,	,25	,	,
5. Intrusão (IES-R)	,	,	,	,	-	,	,	,
6. Evitamento (IES-R)	,30	,26	,14	,25	,	-	,	,
7. Hiperactivação (IES-R)	,	,	,	,	,	,	-	,
8. Escala total (IES-R)	,	,	,35	,	,	,	,	-

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

O terceiro objectivo do estudo corresponde à descrição do ajustamento da relação conjugal (ver Quadro 3). Os valores mais elevados corresponderam à Satisfação (estabilidade e conflito) e ao Consenso (tomada de decisão, valores e afeto), sendo a Coesão (actividades) a que apresenta a média mais baixa.

No Quadro 5, estão representadas as estatísticas descritivas referentes à comunicação do casal acerca da perda fetal ou neonatal na perspectiva masculina, constituindo o quarto objectivo do presente estudo. As respostas mais frequentes foram: na frequência, *Menos de uma vez por mês* (34,5%) e *Cerca de 1-2 vezes por mês* (31%); na partilha do próprio, *Pouco* (44,8%); na partilha da companheira, *Bastante* (37,9%); na satisfação, *Moderadamente* (37,9%) e *Bastante* (34,5%).

Deste modo, salienta-se que a maioria dos homens estava satisfeita com a comunicação com a sua companheira, apesar de tenderem a partilhar pouco o que sentem e pensam com as mesmas, estando as companheiras mais dispostas a fazê-lo.

Quadro 5.

Estatísticas Descritivas da Comunicação do Casal sobre a Perda

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	%
Frequência da comunicação sobre a perda	2,5 9	0,98		
Nunca			4	1
Menos de uma vez por mês			10	3
Cerca de 1-2 vezes por mês			9	3
Semanalmente			6	2
Diariamente			0	0
Partilha da própria experiência	2,4	1,08		
Nada			5	17
Pouco			13	44
Moderadamente			7	24
Bastante			2	6,
Completamente			2	6,
Partilha da companheira	3,4	0,98		^
Nada			0	0
Pouco			6	2
Moderadamente			8	2
Bastante			11	3
Completamente			4	1
Satisfação com a comunicação sobre a perda	3,6 6	0,97		^
Nada			1	3,
Pouco			1	3,
Moderadamente			11	3
Bastante			10	3
Completamente			6	2

Quanto ao quinto e último objectivo do presente estudo, no Quadro 6 pode-se verificar que existem associações positivas entre as variáveis da comunicação acerca da perda. A variável partilha do próprio correlaciona-se com a partilha da companheira e a satisfação. Quanto mais os homens falam sobre a perda, mais as suas companheiras partilham e a satisfação com a comunicação aumenta.

Constatou-se que a intrusão (trauma) se associa positivamente com a partilha do próprio e a satisfação da comunicação acerca da perda. Assim, o aumento de pensamentos e ou imagens intrusivas sobre a perda, os sonhos e sentimentos intensos referentes à perda bem como as lembranças causadas por diversos estímulos associaram-se a um aumento da partilha

do próprio e da satisfação da comunicação com a parceira acerca da perda. Estas associações apresentaram uma intensidade moderada.

A duração da relação conjugal associou-se negativamente com a frequência da comunicação sobre a perda, o que demonstra que quanto mais longa era a relação conjugal menor era a frequência da comunicação acerca da perda. Relativamente às características individuais, a idade associou-se positivamente à partilha da companheira, o que evidencia que, à medida que a idade dos homens aumenta, maior será a partilha das suas companheiras.

Relativamente às restantes variáveis apresentadas no Quadro 6, não se verificaram associações entre a comunicação acerca da perda com sintomatologia de luto e de trauma (excepto a intrusão) e características da perda.

Quadro 6.

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

	1	2	3	4
Comunicação acerca da perda				
1. Frequência	-	,30	,27	,25
2. Partilha do próprio	,30	-	,52**	,54**
3. Partilha da companheira	,27	,52**	-	,42**
4. Satisfação	,25	,54**	,42**	-
Tempo decorrido desde a última perda	-,15	-,07	-,06	,23
Idade gestacional da última perda (semanas)	,30	-,08	-,01	-,01
Número de perdas (Pai)	-,26	,20	,13	,13
Luto Activo (PGS)	,30	,20	,04	-,02
Desespero (PGS)	,16	,17	-,06	,05
Dificuldades de <i>Coping</i> (PGS)	,06	,05	-,03	-,12
Escala total (PGS)	,18	,15	-,02	-,03
Intrusão (IES-R)	,26	,38*	,20	,37*
Evitamento (IES-R)	,27	,12	,29	,10
Hiperactivação (IES-R)	,18	,33	,32	,32
Escala total (IES-R)	,28	,30	,30	,29
Duração da relação conjugal actual (Anos)	-,37*	-,07	-,07	-,09
Idade (Pai)	-,12	-,02	,39*	,26

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

Discussão

O presente estudo teve como objectivo geral estudar o impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens e a comunicação do casal sobre a perda, segundo uma perspectiva

masculina.

De acordo com o primeiro objectivo, salienta-se que a maioria dos homens não apresentou reacções clinicamente significativas de luto e trauma. Como já foi referido, existem poucas investigações que avaliem a prevalência de sintomatologia de luto e trauma nos homens (Dueet al, 2017).

Segundo um estudo de Serrano e Lima (2006), verificaram-se elevados níveis de luto e trauma nos homens que tinham passado por uma perda fetal ou neonatal. Este sofrimento foi medido através da PGS e da IES-R, para a análise do luto e do stress respectivamente (Serrano e Lima, 2006). Ainda na IES-R, na subescala Evitamento, os homens apresentaram valores mais altos do que o grupo de controlo (composto por pacientes com níveis de psicopatologia de stress clínico), sugerindo que o evitamento está associado a uma perda fetal ou neonatal (Serrano e Lima, 2006).

Num estudo de Tsenget al. (2017), que avaliou reacções de luto nos elementos do casal um ano após uma perda fetal ou neonatal, verificou-se que, nos primeiros 6 meses após a perda, os homens apresentaram níveis elevados de luto e trauma perante essa vivência. Num outro estudo, foi demonstrado que os pais apresentavam, logo após uma perda fetal, níveis altos de luto, e que, durante o ano seguinte, esses níveis iam sendo cada vez menores (Lin&Lasker, 1996, citado em Kersting& Wagner, 2013). Num estudo de Veltri, foi demonstrado que, um ano após uma morte fetal ou neonatal, os homens tinham tendência a ter sentimentos negativos intensificando o sentimento de luto, tais como: solidão, isolamento e impotência. (2010, citado em Moreira& Leal, 2015).

Relativamente ao segundo objectivo, destaca-se que o aumento da sintomatologia de luto se associou ao aumento da sintomatologia de trauma. Também foi possível verificar que o aumento da idade gestacional desde a última perda se associou positivamente com a sintomatologia de luto bem como com a sintomatologia de trauma (Hiperactivação), resultados consistentes com estudos de outros autores (Toedter el al., 2001, citado em Tseng, 2017); Vieira, 2014; Tseng, 2017).

Uma perda fetal ou neonatal é um acontecimento traumático que se traduz num luto, por ser algo desejado (Serrano e Lima, 2006). Segundo Worden (2006), o impacto da perda de um filho, seja qual for a fase da vida em que se encontre, pode manter-se por diversos anos, sendo que é das perdas mais devastadoras que um ser humano pode sofrer. Segundo Tsenget al. (2017) ter um período de gestação curto antes da perda parece estar associado a um nível mais baixo de luto, sendo que gestações mais longas parecem estar correlacionadas com

níveis mais elevados de luto e trauma após uma perda fetal ou neonatal.

Por outro lado, alguns estudos sugerem que há uma significativa redução na intensidade do luto e trauma após uma perda fetal ou neonatal aos seis/sete meses após a perda (Vieira, 2014). Níveis de luto mais baixos estão frequentemente associados à passagem do tempo depois de uma perda fetal ou neonatal (Toedter et al., 2001, citado em Tseng, 2017), sendo que no presente estudo não existiu associação entre estas variáveis.

De acordo com o terceiro objectivo, a maioria dos homens apresentou valores altos que, quer ao nível da estabilidade e conflito, quer ao nível da tomada de decisões e da partilha de afetos, revelam um bom relacionamento conjugal após uma perda fetal ou neonatal. Num estudo realizado por Serrado (2011), que se debruçava sobre as consequências de uma perda fetal ou neonatal para os casais, os homens consideravam que a sua vida sexual tendia a decrescer, enquanto as mulheres identificavam a comunicação como um problema na relação conjugal após uma perda fetal ou neonatal. Segundo Narciso & Ribeiro (2009), no geral os homens têm uma visão mais positiva da sua relação conjugal.

A preparação para a vivência da parentalidade no seio da díade leva a uma reorganização do sistema familiar e das relações, que é composta por sentimentos positivos (Morelliet al., 2014), e sendo esta estrutura abalada pela ocorrência de uma perda fetal ou neonatal, os elementos que compõem o casal passam, inevitavelmente, pelo luto enquanto futuros pais, o que também afectará a sua relação enquanto casal, tendo de lidar com sentimentos negativos (Consonni & Petean, 2013).

A conjugalidade implica ter em análise os elementos individuais e as necessidades de cada elemento que compõe a díade (Morelliet al., 2014). Assim, pode ter uma dupla dimensão: por um lado, pode contribuir para que os elementos do casal permaneçam juntos perante adversidades, como é o caso da vivência traumática de uma perda fetal ou neonatal; por outro lado, a relação conjugal pode ser directamente afectada pelo luto de forma negativa (Morelliet al., 2014).

Ressalvamos que, embora a experienciada perda fetal ou neonatal atinja negativamente grande parte dos casais (Morelliet al., 2014), cada casal funciona com as suas diversas especificidades, o que os torna únicos (Consonni & Petean, 2013).

No quarto objectivo, evidencia-se que a maioria dos homens se considerou satisfeita com a comunicação com a sua companheira, apesar de serem o elemento do casal que partilha menos os seus sentimentos e pensamentos sobre a perda. Segundo Beutelet al., (1996), os homens sentem pouca necessidade de falar acerca da perda comparativamente às mulheres,

sendo que estas desejam que os seus parceiros se expressem mais emocionalmente (Cacciatooret al., 2008). À medida que o tempo passa, o processo de luto também vai avançando e pode existir menos necessidade de comunicar acerca da perda (Albuquerque et al., 2015).

No quinto e último objectivo do presente estudo, constatou-se que a intrusão está associada à partilha do próprio e à satisfação com a comunicação, bem como a partilha do próprio se associou à partilha da companheira e à satisfação. Rodrigues & Hoga (2005) referem que alguns homens que experienciam uma perda fetal ou neonatal desejam esquecer a vivência traumática, sendo que outros referem ter dificuldade em esquecer-la pois, relatam recordar-se muitas vezes de momentos experienciados aquando da perda. Avelinet al. (2013), referem que os homens manifestam a ideia de que querem expressar a sua dor com a parceira, a fim de fornecer conforto e apoio, bem como relatam uma crença positiva em relação à importância da comunicação e à satisfação da mesma. Segundo denTroost (2005), quanto mais disponível e aberta for a comunicação do homem, mais as companheiras partilham, bem como, os níveis da satisfação aumentam.

Verificou-se que, paralelamente ao aumento da duração da relação conjugal, se verifica uma diminuição da comunicação acerca da perda parte do homem. Segundo Norgrenet al. (2004), os casais com mais tempo de relação apresentaram um aumento na comunicação no seio da díade, em comparação com casais com menos de 2 anos de relação, bem como, uma comunicação mais aberta e honesta, com maior eficácia na resolução de conflitos, demonstrando que os resultados encontrados não são consistentes com a literatura.

Constatou-se que o aumento da idade do pai se associou positivamente à partilha da companheira, um resultado consistente com estudos realizados previamente por outros autores (Beutelet al., 1996; Albuquerque et al., 2015).

Limitações

O presente estudo apresentou limitações, sendo necessário identificá-las. Em primeiro lugar, é de se destacar o número reduzido de amostra masculina ($N=41$). Como foi anteriormente referido, somente 29 homens preenchiam os critérios de inclusão para o presente estudo. O tamanho da amostra constitui um dos factores que se associa positivamente ao poder estatístico (Ellis, 2010).

Em segundo lugar, a representatividade da presente amostra não está garantida, porque a amostra deste estudo é de conveniência e não probabilística (Guimarães, 2012). O presente tema incide na área da saúde, sendo muito frequente recorrer-se às amostras de conveniência

(Guimarães, 2012).

Em terceiro lugar, não foi possível avaliar o alcance do protocolo de avaliação e a partilha do mesmo nas redes sociais e nos diversos fóruns, bem como, a taxa de participação do mesmo. Isto deve-se ao facto de a amostra ter sido recolhida *online*, o que impossibilita o conhecimento de quantas pessoas começaram a responder, e que, por diversos motivos, não concluíram o protocolo de avaliação. No tempo que o protocolo de avaliação esteve *online*, foi possível verificar a indisponibilidade para participar por este ser um tema de abordagem difícil. Assim, algumas pessoas demonstraram reticência em explorar as suas reacções emocionais à perda, sendo que grande parte dos homens responderam somente a pedido das suas companheiras.

Pontos fortes do estudo

O uso da metodologia quantitativa pode constituir um ponto forte do presente estudo, porque, desta forma, proporcionou um complemento às análises e conclusões dos estudos publicados sobre a temática e que foram realizados através de uma metodologia qualitativa e também quantitativa.

Como já foi referido, são reduzidos os estudos que analisem o impacto de uma morte fetal ou neonatal. O presente estudo teve como intuito conhecer a experiência dos pais que sofreram uma perda fetal ou neonatal e, ainda que, com uma amostra reduzida, pretendemos avaliar o impacto que este acontecimento tem nos homens.

Pretendia-se também avaliar a comunicação do casal sobre a perda, pois um acontecimento traumático como uma perda fetal ou neonatal irá ter impacto na vida de um casal. Assim, foi possível avaliar e correlacionar as características clínicas da perda, bem como, as características dos pais com a comunicação do casal.

Implicações clínicas

Após a conclusão da presente investigação, constatou-se que este é um tema de difícil abordagem, pela reduzida amostra. Aquando a perda fetal ou neonatal, deve ser tido em conta o casal, enquanto pais que perderam o bebé, bem como, cada sujeito que o compõe a nível individual. Rolim & Canavarro (2001) afirmam que para os homens, deve incentivar-se o investimento nas relações interpessoais. A maioria dos homens procura estímulos distractores da vivência traumática, procurando sair com os amigos ou realizando actividades que os satisfaçam, sendo que devem ser incentivadas as relações interpessoais e as competências de comunicação no contacto com terceiros, de modo a contribuir para o aumento da rede social de apoio, tanto a nível do casal, como a nível individual (Rolim & Canavarro, 2001).

Na literatura foi possível verificar que, em Portugal, o apoio psicológico já faz parte do protocolo de apoio a casais que passaram por uma perda fetal ou neonatal, embora nem todos os locais tenham essa possibilidade, o que constitui uma lacuna na intervenção que poderia ajudar estes pais no seu processo de luto (Ellis et al., 2016). Haezelet et al. (2012) apontam igualmente como lacuna a necessidade de formação por parte dos profissionais de saúde que prestam cuidados primários a casais que tenham sofrido uma perda fetal ou neonatal.

Um dos objectivos de uma intervenção psicológica no âmbito da perda fetal ou neonatal nos homens consiste em ajudar a integrar a perda e a prosseguir com a sua vida. Assim, a intervenção passaria por estimular, quer individualmente, quer nos elementos do casal, comportamentos, de modo a reestabelecer algumas das suas rotinas anteriores à vivência da perda que poderiam incluir tarefas profissionais e domésticas, bem como, actividades de lazer (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

Segundo Fonseca (2010), no processo de intervenção psicológica do elemento masculino, deve-se promover estratégias que auxiliem formas adequadas de expressar emocionalmente a perda, bem como, estratégias de resolução de problemas. Estas estratégias visam diminuir o evitamento e isolamento que o elemento masculino tende a vivenciar, de modo a evitar a sobrecarga na mãe, elemento esse que está igualmente vulnerável relativamente à perda (Fonseca, 2010).

Relativamente à intervenção ao nível da comunicação e da manutenção da relação conjugal, deveria ser feita uma psicoeducação, quer ao nível das diferenças de género e de *coping* sobre a perda, bem como, das manifestações de luto como o isolamento, a tristeza, raiva e o conflito conjugal, associados à perda (Fonseca, 2010). Também devem ser trabalhadas estratégias de comunicação, especificamente sobre a perda, bem como, na partilha de sentimentos e pensamentos associados à vivência da perda (Fonseca, 2010).

Sugestões para estudos futuros

Após a realização do presente trabalho, ocorrem-nos algumas sugestões para estudos futuros sobre esta temática. Em primeiro lugar, propõe-se a recolha de um maior número de casais que tenham passado por uma perda fetal ou neonatal no mínimo há 2 anos. Deste modo, seria útil comparar percepções masculinas e femininas do impacto de uma morte fetal e neonatal, de modo a analisar as semelhanças e as diferenças nas reacções ao luto, avaliando como os pais de diferentes faixas etárias que perderam o seu bebé, vivenciam esta experiência traumática.

Seria igualmente interessante acompanhar os casais por um período superior a dois

anos após a perda, de forma a avaliar as diversas fases da perda, avaliando a sintomatologia de luto e trauma e o ajustamento diádico após a vivência de uma perda fetal ou neonatal. Deste modo, e com base em estudos anteriormente referidos, poderia assim existir ou não uma corroboração de resultados como os de Vieira (2014), que sugerem a existência de uma significativa redução na intensidade do luto e trauma após uma perda fetal ou neonatal aos seis/sete meses após a perda.

Seria útil avaliar em estudos futuros de que modo o apoio social e fontes de suporte podem vir a ser boas estratégias no processo de luto fetal ou neonatal nos homens ou em casais. O apoio que os casais recebem após uma perda fetal ou neonatal é muito importante, sendo que a sua participação em grupos de apoio e entreajuda, como é o caso da *Associação Projeto Artémis*, pode ser relevante na medida em que partilham medos, experiências e frustrações e que permitem ainda o apoio e compreensão do outro elemento do casal (Stephenson&Kutteh, 2007).

Referências

- 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*, 27(4), 1-24.
- Avelin, P., Radestad, I., Saflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery*, 29(3), 668-673.
- Badenhorst, W. & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21(2), 249-259.
- 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(4), 245-256.
- Black, R. B. (1991). Women's voices after pregnancy loss: Couples patterns of communication and support. *Social Work in HealthCare*, 16(2), 19-36.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Processo de luto: Manual de cuidados paliativos*(2ª ed.) (pp.487-532). Lisboa, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: Categorization and the experience of emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 10(1), 20-46.
- 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(3), 245-253.
- Brier, N. (2008). Grief Following Miscarriage: A Comprehensive Review of the Literature. *J. Womens Health* 17(3), 451-464.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(3), 289-308.
- Cabral, I. P. (2005). *Morte e luto na gravidez e no puerpério*. In I. Leal (Coord.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (61-91). Lisboa: Fim de Século Edições.
- Cacciatore, J. (2013). Psychological affect of stillbirth. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 18(2), 76-82.
- 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(4), 351-372.
- Caldeira, L., Ayres, L. F., Oliveira, L. V. & Henriques, B. D. (2017). A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*. 2017;7:e1417.
- Callister, L. (2006). Perinatal Loss: A Family Perspective. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234. Consultado em 19 de Agosto de 2013, através de <http://nursing.ceconnection.com/nu/ovidfiles/00005237-200607000-00009.pdf>.
- 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.

- Consonni, E. B., & Petean, E. B. L. (2013). Perda e luto: Vivência de mulheres que interromperam a gestação por malformação fetal letal. *Ciência e Saúde Coletiva*, 18(9), 2663-2670.
- Cordova, J., Gee, C., & Warren, L. (2005). Emotional Skillfulness in marriage: intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2(24), 218-235.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale - Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 1489-96.
- den Troost, A. V. E. (2005). Social Position, Gender Role Identity and Marital Satisfaction. Em A. V. den Troost, *Marriage in Motion: A Study on the Social Context and Processes of Marital Satisfaction* (pp. 137-167). Belgium: Leuven University Press.
- DGS – Direcção-Geral da Saúde (2013), *Portugal – Estudo comparativo do número de óbitos e causadas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2012)*, Lisboa (2ª versão).
- Doka, K. J. (2000). *Disenfranchised Grief; Recognizing Hidden Sorrow*. Lexington Books, Nova York.
- Due, C., Chiarolli, S. & Riggs, D. (2017). The impact of pregnancy loss on men's health and wellbeing: a systematic review. *Pregnancy and Childbirth*. 2017, 17:380.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2015). Parent's Perception of Their Relationship Following the Loss of a Child. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 10(1) 1-18.
- Ellis, A., Chebsey, C., Storey, C., Brandley, S., Jackson, S., Siassakos, D. (2016). Systematic review to understand and improve care after stillbirth: a review of parent's and healthcare professionals' experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 16.
- Evans, B., McGreal, D., & Burrows, G. (1997). Gender differences in coping following loss of a child through miscarriage or stillbirth: a pilot study. *Stress Medicine*, 13(3), 165.
- Figueiredo, P. V. (2005). A Influência do Locus de Controle Conjugal, das Habilidades Sociais Conjugais e da Comunicação Conjugal na Satisfação com o Casamento. *Ciências e Cognição*, 6(1), 123-132.

- Filho, J. F. & Lima, D. M. (2017). O luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. *PsicolArgumento*, 35(88), 16-32.
- Fonseca, A. (2010). A vivência paterna de uma perda perinatal: Implicações para a investigação. *Revista Peritia*. 1-4.
- Guimarães, P. R. B. (2012). *Métodos quantitativos estatísticos*. Curitiba: IESDE Brasil, S.A.
- Grinberg (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Haezcell, A. E., Leisher, S., Cregan, M., Flenady, V., Froen, J. F., Gravensteen, I., Erwich, J. J. (2012). Sharing experiences to improve bereavement support and clinical care after stillbirth: report of the 7th annual meeting of the International Stillbirth Alliance. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(3), 352-361.
- Hernandez, J. E. (2008). Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 593-601.
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebés. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 10(4), 614-623.
- 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 (2017). *Estatísticas Demográficas 2016*. Retirado de http://www.cmgonomar.pt/uploads/writer_file/document/4372/Estat_sticas_Demograficas_2017
- Johnson, M., Puddifoot, J. (1996). The grief response in the partners of women who miscarry. *British Journal of Medical Psychology*, 69, 313-327.

- Joronen, K., Kaunonen, M., & Aho, A. L. (2015). Parental relationship satisfaction after the death of a child. *Scan J CaringSci*, 30(3), 499-506.
- Keating, I., & Seabra, M. J. (1994). Luto e Vinculação. *AnálisePsicológica*, 2-3(12), 291-300.
- Kersting, A., Wagner, B. (2013). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in ClinicalNeuroscience*, 24(2), 187-194.
- Kovács, M. J. (2013). *Morte e Desenvolvimento Humano*. (5ª ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lopes, M. F., (2008). *Luto Parental: Qualidade de Vida, Stress e Coping face à Crise. Um estudo exploratório* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Luz, S. K. (2015). *Funcionalidade e Comunicação Conjugal em Diferentes Etapas do Ciclo de Vida*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica publicada). Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Brasil.
- Moreira, I., Leal, R. (2015). Morte Fetal na Família: Como Podemos Ajudar? Uma visão sistemática da literatura. *Revista Peritia*, 11(2), 21-44.
- Morelli, A. B., Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. A. (2014). Impacto da morte do filho sobre a conjugalidade dos pais. *Ciência & Saúde coletiva*, 18(9), 2711-2720.
- Murphy, S. A., Johnson, L. C., & Lohan, J. (2003). Challenging the Myths About Parents' Adjustment After the Sudden, Violent Death of a Child. *JournalofNursingScholarship*, 35(4), 359-364.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de ler.
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A. A. & Canavarro, M.C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Perita - RevistaPortuguesa de Psicologia*, (3), 37-46.
- Nogueira, P., Costa, A. Rosa, M. & Silva, J. (2013). *Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2012)* (Vol. 3, p.29). Disponível via direcção de serviços de informação e análise – direcção geral da saúde.

- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: Uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584.
- Pais Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(1), 29-42. doi:10.1007/BF00962697.
- Public health Agency of Canada (2000). *Family-centred maternity and newborn care: National guidelines*. Ottawa: Author.
- Ribeiro, J. (2011). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise psicológica*, 3(5), 547-548.
- Rio, T. S., (2013). *Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: relato de experiência*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Brasil.
- Ring-Cassidy, E., & Gentles, I. (2003). *Women's health after abortion: The medical and psychological evidence* (2.^a ed.). Toronto: The deVeber Institute for Bioethics and Social Research.
- Rocha, J. C. F. C. da (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez*. (Dissertação de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- 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.
- 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 (2), 258-267.
- Ross, C., & van Willigen, M. (1997). Education and the Subjective Quality of Life. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38(3), 275-97.

- Samuelsson, M., Radestad, I., & Segesten, K. (2001). A waste of life: Fathers' experience of losing a child before birth. *Birth*, 28(2), 124-130. doi:10.1046/j.1523-536X.2001.00124.x.
- Sanders, C. M. (1999). *Grief: the mourning after: dealing with adult bereavement*. (2nd Ed). New York, NY, US: John Wiley & Sons.
- Sereno, 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, M. F. C., (2011). *Aborto recorrente: das causas na mulher às consequências para o casal*. (Dissertação de Doutoramento em Medicina publicada). Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa.
- Serrano, F., Lima, M.L. (2006). Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples. *Psychol Psychother*, 79(1), 585-94.
- Stephenson, M., Kutteh, W., (2007). Evaluation and management of recurrent early pregnancy loss. *Clinical Obstetric Gynecology*, 50(1), 132-145.
- Stroebe, M., Finkenauer, C., Wijngaards-de Meij, L., Schut, H., van Den Bout, J., & Stroebe, W. (2013). Partner-oriented self-regulation among bereaved parents: The costs of holding in grief for the partner's sake. *Psychological Science*, 24(4), 395-402.
- Siqueira, M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388.
- 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.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Tseng, Y., Cheng, H., Chen, Y. & Yang, S. (2017). Grief reactions of couples to perinatal loss: a one-year prospective follow-up. *J Clin Nurs*, 26(8), 5133-5142.

- Vieira, D. (2014). *Uma visão psicológica dos processos de luto em abortamentos*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia publicada). Universidade Católica de Brasília, Taguatinga, Brasil.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399- 411). New York: Guilford Press.
- Worden, J. W. (2006). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (3rd Edition). East Sussex: Routledge.
- Zisook, S. & Shear, K. (2009). Grief and bereavement: what psychiatrists need to know. *World Psychiatry*, 8(2), 67-74. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00217.x.

ANEXO I – CONSENTIMENTO INFORMADO

Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens e comunicação do casal sobre a perda: percepção masculina

Quem são os responsáveis pelo estudo?

O presente estudo está a ser realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias (Lisboa). O projeto é coordenado pela Professora Bárbara Nazaré e da autoria da aluna Catarina Soares de Oliveira.

O que se pretende com este estudo?

Este estudo tem como principal objectivo estudar o impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens, considerando a perspectiva de ambos os membros do casal. Pretende-se também estudar a comunicação entre o casal sobre esta vivência potencialmente traumática. A perspectiva dos homens tem sido pouco estudada, embora se saiba que a perda de um filho durante a gravidez ou após o parto tem impacto em ambos os membros do casal. Ao conhecer as necessidades e reacções dos homens que lidam com esta experiência, podemos desenvolver intervenções psicológicas mais adequadas e eficazes.

Quem pode participar no 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) e cujos membros tenham idade igual ou superior a 18 anos.

Em que consiste a participação no estudo?

É uma participação voluntária, que consiste no preenchimento de um conjunto de questionários *online* ou em papel, tarefa que terá a duração aproximada de 25 minutos. A participação neste estudo não comporta despesas. O único risco que pode advir da sua participação consiste na possibilidade de experienciar emoções como tristeza ou ansiedade, relacionadas com o acontecimento que corresponde ao tópico do estudo. Se tal se verificar, poderá entrar em contacto com as investigadoras que, se necessário, poderão orientá-lo/a para acompanhamento psicológico.

Que direitos têm os participantes?

Os participantes têm o direito de recusar participar no estudo. Caso aceitem participar, poderão desistir do estudo a qualquer momento, sem necessidade de justificar a sua decisão. A eventual desistência não trará quaisquer consequências negativas.

Como é que os dados recolhidos serão utilizados?

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.

Como poderei entrar em contato com as investigadoras?

Através de email: catarinaoliveira91@gmail.com (Catarina Soares de Oliveira) e abarbaravn@gmail.com (Bárbara Nazaré). Poderá contactar caso pretenda mais informações sobre o estudo.

Obrigada pela atenção dispensada.

☐ Sim, aceito participar na investigação.

Data:

Assinatura

ANEXO II – FICHA DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Os questionários serão **identificados por um código**, de modo a emparelhar os questionários dos **dois elementos do casal**.

O seu código será formado por:

- Primeira letra do primeiro e último nome da sua companheira
- Dia e mês do aniversário da sua companheira
- Primeira letra do seu primeiro e último nomes
- Dia e mês do seu aniversário

Por exemplo, no caso do casal composto pela Ana Silva, nascida a 29 de dezembro, e pelo Jorge Costa, nascido a 19 de janeiro, o código seria: AS2912JC1901.

Código docasal _____

Idade anos _____

Nacionalidade _____

Anos de escolaridade completos _____

Situaçãoprofissionalatual _____ Empregado



❖ Desempregado



❖ Outra. Qual? ____

Área de residência



❖ Meio urbano



❖ Meio rural

Distrito de residência _____

Duraçãodarelacãoconjugal _____ anos

Númerodefilhos vivos e idades _____

Durante a gravidez e nos primeiros dias após o nascimento do bebé, podem ocorrer vários tipos de perdas. Indique que perdas já vivenciou:

○ aborto espontâneo (ou seja, a morte espontânea do bebé durante a gravidez)

○ interrupção da gravidez por motivos médicos (isto é, devido a um diagnóstico de doença ou malformação do bebé)

morte neonatal (ou seja, a morte espontânea do bebé durante os primeiros 28 dias de vida)

No total, quantas perdas teve? _____

Qual destas foi a sua perda mais recente e há quanto tempo ocorreu?

Qual o número de semanas de gravidez (ou dias de vida do bebé) no momento da perda mais recente? _____

Relativamente à perda mais recente que teve:

Foi uma gravidez planeada pelo casal?



☒ Sim



☒ Não

Foi uma gravidez desejada pelo casal?



☒ Sim



☒ Não

Viu o bebé no momento do parto?



☒ Sim



☒ Não

A sua companheira já conseguiu sentir o bebé a mexer?



☒ Sim



☒ Não

Com que frequência fala com a sua companheira sobre a perda mais recente que vivenciaram?

☐ Nunca



☒ Menos de uma vez por mês



☒ Cerca de 1-2 vezes por mês

☐ Semanalmente



☒ Diariamente

Até que ponto partilha com a sua companheira aquilo que sente e pensa sobre a perda mais recente que vivenciaram?

☐ Nada



☒ Pouco



☒ Moderadamente



☒ Bastante



☒ Totalmente

Até que ponto a sua companheira partilha consigo aquilo que ela sente e pensa sobre a perda mais recente que vivenciaram?

- ☐ Nada ☐
- ☒ Pouco ☐
- ☒ Moderadamente ☐
- ☒ Bastante ☐
- ☒ Totalmente ☐

Até que ponto está satisfeito com a comunicação com a sua companheira acerca da experiência de perda mais recente que vivenciaram?

- ☐ Nada ☐
- ☒ Pouco ☐
- ☒ Moderadamente ☐
- ☒ Bastante ☐
- ☒ Totalmente ☐

A sua companheira fez alguma interrupção voluntária da gravidez?



☒ Sim



☒ Não

Quantas? _____

Há quanto tempo? _____

ANEXO III – Escala de Luto Perinatal

(Versão original: Potvin, Lasker, & Toedter, 1989; Versão portuguesa: Rocha, 2004)

Pensamentos e Sentimentos Atuais 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, selecione a opção que melhor indique o atual grau de acordo ou desacordo com a afirmação. Se não tem certeza, use a categoria "Nem concordo nem discordo". Por favor, tente usar esta categoria apenas quando realmente não tem opinião.

Responda o que sente/pensa atualmente acerca da perda mais recente que teve.

	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1. Eu sinto-me deprimido.					
2. Acho difícil estar com algumas pessoas.					
3. Sinto vazio dentro de mim.					
4. Não consigo manter as minhas actividades normais.					
5. Eu sinto necessidade de falar sobre o bebé.					
6. Eu estou em luto pelo bebé.					
7. Estou assustado.					
8. Considero o suicídio de pois da perda.					
9. Ando a tomar medicamentos para os nervos.					
10. Eu sinto muito a falta do bebé.					
11. Sinto que me ajastei bem à perda.					
12. É doloroso lembrar memórias da perda.					
13. Fico perturbado quando penso no bebé.					
14. Eu choro quando penso sobre o bebé.					
15. Sinto-me culpado quando penso no bebé.					
16. Sinto-me doente fisicamente quando penso no bebé.					
17. Sinto-me desprotegido num mundo perigoso desde que o bebé morreu.					
18. Eu tento rir mas já nada me parece divertido.					
19. O tempo passa muito devagar desde que o bebé morreu.					

20. A melhor partede mim morreu como bebé.					
21. Desiludias pessoas desde que o bebé morreu.					
22. Sinto-me em valordesde que o bebé morreu.					
23. Culpo-me pela morte do bebé.					
24. Zango-me com os meus amigos e familiares mais do que devia.					
25. Por vezes sinto que seria necessário aconselhamento profissional para me ajudara voltar à minha vida.					
26. Depois da morte do bebé, tenho a impressão de que só existo, não vivo a vida.					
27. E sinto-me muito só desde que o bebé morreu.					
28. Sinto-me à parte longe, mesmo entre os meus amigos.					
29. É mais seguro não amar.					
30. Temo-me a dificuldade de tomar decisões desde que o bebé morreu.					
31. Preocupo-me sobre como vai ser o meu futuro.					
32. Ser um(a) pai (mãe) em luto significase um “cidadão de segunda”.					
33. É fantástico sentir que se está vivo.					

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

(Versão original: Weiss & Marmar, 1997; Versão portuguesa: Rocha et al., 2006)

A seguir, encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após a ocorrência de uma perda. Por favor, indique, com uma cruz, quão perturbadora foi cada dificuldade na última semana, tendo em conta a perda gestacional (por exemplo, aborto espontâneo) mais recente que vivenciou.

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Qualquer lembrança trouxe consigo sentimentos acerca da perda.					
2. Tive dificuldades em dormir continuamente.					
3. Outras coisas continuaram a fazer-me pensar sobre a perda.					
4. Senti-me irritado ou zangado.					
5. Evitei ficar perturbado quando pensava ou me lembrava da perda.					
6. Pensei sobre a perda sem o desejar.					
7. Senti-me como se a perda não tivesse acontecido ou não fosse real.					
8. Afastei-me de coisas que me lembravam da perda.					
9. Surgiram-me imagens da perda.					
10. Estive agitado e assustava-me facilmente.					
11. Tentei não pensar sobre a perda.					
12. Eu percebi que ainda tinha muitos sentimentos acerca da perda, mas não li dei comeles.					
13. Os meus sentimentos acerca da perda estavam como que adormecidos.					
14. De algum modo agitei-me quando senti-me como se tivesse voltado ao momento em que a perda aconteceu.					
15. Tive dificuldades em adormecer.					
16. Tive momentos de emoções intensas acerca da perda.					
17. Tentei apagar a minha memória da perda.					
18. Tive dificuldades em concentrar-me.					
19. As recordações da perda causaram-me sensações físicas como suor, dificuldade em respirar, náusea ou coração acelerado.					
20. Tive sonhos acerca da perda.					
21. Senti-me na defensiva ou em alerta.					
22. Tentei não falar sobre a perda.					

ANEXO V – Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS):

(Versão portuguesa: Pais-Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco opções. Selecione com uma cruz a opção que melhor qualifica a sua forma de pensar.

	Concordo totalmen te	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmen te
1. Por vezes, sinto-me só no mundo e sem apoio					
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria					
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria					
4. Quando preciso de desabafar com alguém, encontro facilmente amigos com quem o fazer					
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer					
6. Às vezes, sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas					
7. Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam					
8. Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)					
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família					
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família					
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho					
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos					
14. Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos					
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho					

ANEXO VI – Questionário de Estilos Afectivos:

(Hofmann&Kashdan(2010);adaptação portuguesaemcurso)

Instruções Estamos interessados em saber como experiencia e gere as suas emoções. Obviamente, diferentes situações podem desencadear diferentes respostas, mas pense na forma como *se comporta habitualmente*. Por favor, tente responder a cada item *separadamente de cada um dos restantes 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.

	Nada verdadeiro para mim	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente verdadeiro para mim
1. Geralmente, as pessoas não conseguem perceber como me sinto por dentro.					
2. Tenho as minhas emoções bem controladas.					
3. Consigo tolerar ter emoções fortes.					
4. Posso evitar ficar infeliz adotando uma perspectiva diferente sobre as coisas.					
5. Muitas vezes, reprimo as minhas reacções emocionais às situações.					
6. Não há problema se as outras pessoas me virem infeliz.					
7. Consigo acalmar-me muito rapidamente.					
8. Consigo libertar-me dos meus sentimentos.					
9. Sou bom a esconder os meus sentimentos.					
10. Geralmente, as pessoas não conseguem notar quando estou infeliz.					
11. Não há problema em, por vezes, sentir emoções negativas.					
12. Consigo deixar de estar de mau humor muito rapidamente.					
13. Geralmente, as pessoas não conseguem notar quando estou triste.					
14. Consigo tolerar estar infeliz.					
15. Consigo comportar-me de forma a que as outras pessoas não me vejam infeliz.					
16. Sei exatamente o que fazer para ficar de bom humor.					

17. Não há nada de errado em ficarmos muitos emotivos.					
18. Seria fácil para mim fingir emoções.					
19. Consigo ficar de bom humor muito facilmente.					
20. Consigo esconder bem a minha fúria, se for preciso.					

ANEXO VII – Escala de Ajustamento Diádico – Revista (EAD-R):

(Versão original: Busby, Christensen, Carne, & Larson, 1995; Versão portuguesa: Pereira, Narciso, & Canavarro, 2009)

Muitas pessoas têm desentendimentos nas suas relações. Por favor, assinale o grau de acordo ou desacordo entre si e a sua companheira relativamente a cada item da lista que se segue.

	Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Ocasionalmente de acordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sempre em desacordo
1. Questões religiosas						
2. Demonstrações de afeto						
3. Tomada de decisões importantes						
4. Relações sexuais						
5. Convencionalismo (considerar o que são comportamentos corretos ou adequados)						
6. Decisões profissionais						

	Sempre	Quase sempre	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
7. Com que frequência fala, ou tem considerado, o divórcio, a separação ou o fim da relação?						
8. Com que frequência costuma discutir com a sua companheira?						
9. Alguma vez se arrepende de ter-se casado (ou viver junto)?						
10. Com que frequência a sua companheira o deixa com “os nervos à flor da pele”?						

	Todos os dias	Quase todos os dias	Às vezes	Raramente	Nunca
11. Envolvem-se juntos em actividades e interesses extrafamiliares?					

Com que frequência acontecem as seguintes situações entre si e a sua companheira?

	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Uma vez por dia	Frequentemente
12. Ter uma troca de ideias estimulante						
13. Trabalhar em conjunto num projeto						

14. Discutir calmamente um assunto						
------------------------------------	--	--	--	--	--	--

ANEXO VIII – Questionário de Estilos Afectivos:

(Christensen&Heavey, 1990; adaptação portuguesa em curso)

Instruções Estamos interessados em saber como habitualmente gere, com a sua companheira, os problemas na vossa relação. Por favor, responda a cada item usando uma escala de 1 (muito improvável) a 9 (muito provável).

Quando surge algum problema na nossa relação:			
1. Tanto eu como a minha companheira evitamos discutir o problema.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
2. Tanto eu como a minha companheira tentamos discutir o problema.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
3. Eu tento iniciar uma discussão sobre o problema, enquanto a minha companheira tenta evitá-la.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
4. A minha companheira tenta iniciar uma discussão sobre o problema, enquanto eu tento evitá-la.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
Durante uma discussão sobre um problema na nossa relação:			
5. Tanto eu como a minha companheira expressamos os nossos sentimentos um ao outro.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
6. Tanto eu como a minha companheira nos culpamos, acusamos e criticamos um ao outro.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
7. Tanto eu como a minha companheira sugerimos possíveis soluções e cedências.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
8. Eu reclamo e faço exigências, enquanto a minha companheira se afasta, fica calada ou se recusa a continuar a discutir o assunto.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
9. A minha companheira reclama e faz exigências, enquanto eu me afasto, fico calado ou me recuso a continuar a discutir o assunto.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
10. Eu critico, enquanto a minha companheira se defende.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável
11. A minha companheira critica, enquanto eu me defendo.	Muito improvável	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9	Muito provável