



Universidades Lusíada

Pereira, Paula Cristina Esteves Machado, 1975-

“Um colo vazio, mas com o coração cheio de amor” : perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente

<http://hdl.handle.net/11067/7806>

Metadados

Data de Publicação

2024

Resumo

O presente estudo tem como objetivo compreender e avaliar o impacto do luto gestacional na mulher, bem como as suas implicações psicossociais, nomeadamente, o seu impacto numa gravidez futura. Neste estudo, participaram 166 mulheres com perdas gestacionais ($M = 36.88$; $DP = 7.70$). O protocolo de recolha de dados incluiu um Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala da Intensidade do Luto Perinatal, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, a E...

The present study aims to understand and evaluate the impact of gestational grief on women, as well as its psychosocial implications, namely its impact on future pregnancies. This study involved 166 women with gestational losses ($M = 36.88$; $SD = 7.70$). The data collection protocol included a Sociodemographic and Clinical Questionnaire, the Perinatal Grief Intensity Scale, the Anxiety, Depression and Stress Scale, the Social Support Satisfaction Scale, the Satisfaction Assessment Scale in Areas ...

Palavras Chave

Aborto espontâneo - Aspetos psicológicos, Gravidez subsequente - Aspetos psicológicos, Luto parental - Aspetos psicológicos, Perda (Psicologia)

Tipo

masterThesis

Revisão de Pares

Não

Coleções

[ULL-IPCE] Dissertações



UNIVERSIDADE LUSÍADA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Mestrado em Psicologia Clínica

“Um colo vazio, mas com o coração cheio de amor”: percepção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente

Realizado por:
Paula Cristina Esteves Machado Pereira

Orientado por:
Professora Doutora Joana Martins Gonçalves Lopes

Constituição do Júri:

Presidente: Professora Doutora Túlia Rute Maia Cabrita
Orientadora: Professora Doutora Joana Martins Gonçalves Lopes
Arguente: Professora Doutora Teresa Paula Rodrigues de Oliveira Leite Maurer

Dissertação aprovada em: 17 de dezembro de 2024

Lisboa

2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

“Um colo vazio, mas com o coração cheio de amor”:
perceção das experiências, aspetos emocionais,
satisfação conjugal e suporte social no processo de
luto por perda gestacional e o impacto na gravidez
subsequente

Paula Cristina Esteves Machado Pereira

Lisboa

Agosto 2024



UNIVERSIDADE LUSÍADA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Mestrado em Psicologia Clínica

**“Um colo vazio, mas com o coração cheio de amor”:
perceção das experiências, aspetos emocionais,
satisfação conjugal e suporte social no processo de
luto por perda gestacional e o impacto na gravidez
subsequente**

Paula Cristina Esteves Machado Pereira

Lisboa

Agosto 2024

Paula Cristina Esteves Machado Pereira

“Um colo vazio, mas com o coração cheio de amor”:
perceção das experiências, aspetos emocionais,
satisfação conjugal e suporte social no processo de
luto por perda gestacional e o impacto na gravidez
subsequente

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a
obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Professora Doutora Joana Martins
Gonçalves Lopes

Lisboa

Agosto 2024

FICHA TÉCNICA

Autora Paula Cristina Esteves Machado Pereira
Orientadora Professora Doutora Joana Martins Gonçalves Lopes
Título “Um colo vazio, mas com o coração cheio de amor”: percepção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente
Local Lisboa
Ano 2024

CASA DO CONHECIMENTO DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

PEREIRA, Paula Cristina Esteves Machado, 1975-

“Um colo vazio, mas com o coração cheio de amor” : percepção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente / Paula Cristina Esteves Machado Pereira ; orientado por Joana Martins Gonçalves Lopes. - Lisboa : [s.n.], 2024. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - LOPES, Joana Martins Gonçalves, 1984 -

LCSH

1. Aborto espontâneo - Aspetos psicológicos
2. Gravidez subsequente - Aspetos psicológicos
3. Luto parental - Aspetos psicológicos
4. Perda (Psicologia)
5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
6. Teses - Portugal - Lisboa

1. Miscarriage - Psychological aspects

2. Subsequent pregnancy - Psychological aspects

3. Parental grief - Psychological aspects

4. Loss (Psychology)

5. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

6. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

LCC

1. BF575.G7 P47 2024

AVISO LEGAL

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela. Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Agradecimentos

Este é um momento que marca o encerramento de um ciclo, tanto pessoalmente como académico, mas, ao finalizar, deslumbram-se outros desafios que espero serem tão ou mais desafiantes quanto este. Apesar do caminho conter alguns reveses, que devem ser encarados como uma oportunidade de aprendizagem, contribuindo para o aperfeiçoamento e desenvolvimento pessoal. Houve também momentos com muitas partilhas e alegrias.

Por isso, não posso deixar de fazer uma menção a todas as pessoas que percorreram comigo este caminho, aos meus colegas, os quais, muitos deles, se tornaram amigos. E, como não poderia deixar de ser, a todos os professores que participaram no meu percurso académico.

Aproveito ainda para agradecer a todas as mães que partilharam um pouco de si e da sua dor, que viveram novamente a experiência da perda do seu filho. A elas, espero ter “dado voz” com este trabalho, poder ter contribuído para se sentirem acolhidas na sua dor e sofrimento e no reconhecimento do seu luto.

Para finalizar, um agradecimento muito especial para quem me acompanha nesta aventura que é a vida, ao meu marido, António, por todo o amor e apoio incondicional, pelas palavras de incentivo nesta minha nova trajetória profissional. Ao meu filho, António, pela forma como me motivou e fez-me acreditar que nunca é tarde para recomeçar.

Aos meus pais, por estarem sempre presentes, por me incentivarem e acompanharem em todas as decisões.

Resumo

O presente estudo tem como objetivo compreender e avaliar o impacto do luto gestacional na mulher, bem como as suas implicações psicossociais, nomeadamente, o seu impacto numa gravidez futura. Neste estudo, participaram 166 mulheres com perdas gestacionais ($M = 36.88$; $DP = 7.70$). O protocolo de recolha de dados incluiu um Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala da Intensidade do Luto Perinatal, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal e o Questionário da Vergonha e da Culpa. Os resultados sugerem que o luto gestacional está associado aos sentimentos de vergonha e culpa e à presença de sintomatologia psicológica com índices elevados de depressão, ansiedade e stress. O estudo mostrou que os baixos índices de suporte social apresentam-se como um fator de risco, causando um impacto negativo no bem-estar psicológico nestas mulheres. Já a satisfação conjugal mostrou ser um fator de proteção, contribuindo para a estabilidade emocional da mulher que enfrenta um processo de luto gestacional e, que pretende planear uma gravidez subsequente. Os resultados deste estudo sugerem a importância da intervenção psicológica no luto gestacional, identificando os fatores de risco e, por outro lado, os fatores protetores que devem ser considerados em futuros programas de intervenção.

Palavras – Chave: Perda Gestacional; Maternidade; Ansiedade; Depressão; Stress; Vergonha; Culpa; Suporte Social; Satisfação Conjugal.

Abstract

The present study aims to understand and evaluate the impact of gestational grief on women, as well as its psychosocial implications, namely its impact on future pregnancies. This study involved 166 women with gestational losses ($M = 36.88$; $SD = 7.70$). The data collection protocol included a Sociodemographic and Clinical Questionnaire, the Perinatal Grief Intensity Scale, the Anxiety, Depression and Stress Scale, the Social Support Satisfaction Scale, the Satisfaction Assessment Scale in Areas of Marital Life and the Shame and Guilt Questionnaire. The results suggest that gestational grief is associated with feelings of shame and guilt and the presence of psychological symptoms with high rates of depression, anxiety and stress. The study showed that low levels of social support are a risk factor, causing a negative impact on the psychological well-being of these women. Marital satisfaction, on the other hand, was shown to be a protective factor, contributing to the emotional stability of women who are facing a process of gestational grief and who intend to plan a subsequent pregnancy. The results of this study suggest the importance of psychological intervention in gestational grief, identifying the risk factors and, on the other hand, the protective factors that should be considered in future intervention programs.

Keywords: Pregnancy Loss; Motherhood; Anxiety; Depression; Stress; Shame; Guilt; Social Support; Marital Satisfaction.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Caraterização da amostra – Dados Sociodemográficos	36
Tabela 2 – Estatística descritiva das variáveis clínicas e médicas da amostra	39
Tabela 3 – Resultados descritivos do Luto Ativo, Dificuldades de Coping, Desespero e Luto Total	56
Tabela 4 – Resultados descritivos dos Sintomas Emocionais Negativos - Ansiedade, Depressão, Stress e EADS Total	57
Tabela 5 – Resultados descritivos da Satisfação com o Suporte Social	58
Tabela 6 – Resultados descritivos dos Sentimentos Pessoais – Vergonha e Culpa	59
Tabela 7 – Resultados descritivos da Satisfação Conjugal	60
Tabela 8 - Associação entre a Intensidade do Luto Perinatal e os Sintomas Emocionais Negativos	62
Tabela 9 - Associação entre a Intensidade do Luto Perinatal e os Sentimentos Pessoais Culpa e Vergonha	63
Tabela 10 – Associação entre a Intensidade do Luto Perinatal e a Satisfação com o Suporte Social	64
Tabela 11 - Associação entre Intensidade do Luto Perinatal e a Satisfação Conjugal ..	66
Tabela 12 - Associação entre os Sintomas Emocionais Negativos, os Sentimentos Pessoais da Culpa e da Vergonha, o Suporte Social e a Satisfação Conjugal	67
Tabela 13 - Associações entre Idade e a Intensidade do Luto Perinatal	72
Tabela 14 - Diferenças entre os grupos solteira, casada, união de facto e outro relativamente à Intensidade do Luto	73
Tabela 15 - Comparações múltiplas – Teste Tukey HSD	74
Tabela 16 - Associações entre Escolaridade e a Intensidade do Luto Perinatal	75

Tabela 17 - Diferenças entre os grupos Ativo e Não Ativo com a intensidade do luto perinatal	75
Tabela 18 - Diferenças entre os grupos Agregado Familiar Nuclear e Outras Configurações Familiares com a intensidade do luto perinatal	76
Tabela 19 - Diferenças entre os grupos Vive Sozinha, Vive Sozinha com Filhos, Vive com Marido/Companheiro, Vive com Pais, Vive com Marido/Companheiro e Filhos relativamente à Intensidade do Luto	77
Tabela 20 - Comparações múltiplas – Teste Tukey HSD	78
Tabela 21 - Diferenças entre os grupos Crente e Não Crente com a intensidade do luto perinatal	80
Tabela 22 - Associações entre Número Gravidezes e Intensidade do Luto Perinatal ...	81
Tabela 23 - Diferenças entre os grupos Gravidez Risco e Gravidez Não Risco com a Intensidade do Luto Perinatal	81
Tabela 24 - Diferenças entre os grupos Gravidez Planeada e Gravidez Não Planeada com a Intensidade do Luto Perinatal	82
Tabela 25 - Diferenças entre os grupos Gravidez Desejada e Gravidez Não Desejada com a Intensidade do Luto Perinatal	83
Tabela 26 - Diferenças entre os grupos Gravidez Vigíada e Gravidez Não Vigíada com a Intensidade do Luto Perinatal	84
Tabela 27 - Diferenças entre os grupos Aborto Espontâneo, Interrupção Voluntária Gravidez, Interrupção Médica Gravidez relativamente à Intensidade Luto Perinatal ...	85
Tabela 28 - Diferenças entre o grupo Aborto Espontâneo e o grupo Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez com a Intensidade do Luto Perinatal	86

Tabela 29 - Diferenças entre os grupos Causa Perda Conhecida e Causa Perda Desconhecida com a Intensidade do Luto Perinatal	87
Tabela 30 - Diferenças entre os grupos Com Tratamento Fertilidade e Sem Tratamento de Fertilidade com a Intensidade do Luto Perinatal	88
Tabela 31 - Diferenças entre os grupos Infertilidade Prolongada e Sem Infertilidade Prolongada com a Intensidade do Luto Perinatal	89
Tabela 32 - Diferenças entre os grupos Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico com a Intensidade do Luto Perinatal	90
Tabela 33 - Diferenças entre os grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo com os Sintomas Emocionais Negativos	91
Tabela 34 - Diferenças entre os grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo com os Sentimentos Pessoais	92
Tabela 35 - Diferenças entre os grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo com a Satisfação com o Suporte Social	93
Tabela 36 - Diferenças entre os grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo com a Satisfação Conjugal	94
Tabela 37 - Diferenças entre os grupos Aborto Espontâneo, Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez relativamente aos Sintomas Emocionais Negativos	95
Tabela 38 - Diferenças entre o grupo Aborto Espontâneo e o grupo Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez com os Sintomas Emocionais Negativos	96
Tabela 39 - Diferenças entre os grupos Aborto Espontâneo, Interrupção Voluntária Gravidez, Interrupção Médica Gravidez relativamente aos Sentimentos Pessoais	97

Tabela 40 - Diferenças entre o grupo Aborto Espontâneo e o grupo Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez com os Sentimentos Pessoais ...	97
Tabela 41 - Diferenças entre os grupos Causa Perda Conhecida e Causa Perda Desconhecida com os Sintomas Emocionais Negativos	98
Tabela 42 - Diferenças entre os grupos Causa Perda Conhecida e Causa Perda Desconhecida com os Sentimentos Pessoais	99
Tabela 43 - Diferenças entre os grupos Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico com os Sintomas Emocionais Negativos	100
Tabela 44 - Diferenças entre os grupos Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico com os Sentimentos Pessoais	101
Tabela 45 - Regressão Linear Múltipla do Luto Total com as demais variáveis	102
Tabela 46 - Preditores do Luto Total	103
Tabela 47 - Regressão Linear Múltipla do Luto Ativo com as demais variáveis	104
Tabela 48 - Preditores do Luto Ativo	106
Tabela 49 - Regressão Linear Múltipla das Dificuldades de Coping com as demais variáveis	107
Tabela 50 - Preditores das Dificuldades de Coping	108
Tabela 51 - Regressão Linear Múltipla do Desespero com as demais variáveis	110
Tabela 52 - Preditores do Desespero	111

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

APA – American Psychiatric Association

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

EASAVIC – Escala de Avaliação da satisfação em Áreas da Vida Conjugal

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

IMG – Interrupção Médica da Gravidez

IVG – Interrupção Voluntária da Gravidez

MAC - Maternidade Alfredo da Costa

QSP - Questionário de Sentimentos Pessoais – Escala de Vergonha e Culpa

Lista de Anexos

Anexo A - Declaração do Consentimento Informado	142
Anexo B - Pedido de autorização ao autor para utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social	143
Anexo C- Resposta com a autorização para a utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social	144
Anexo D - Pedido de autorização ao autor para utilização da Escala de Intensidade do Luto Perinatal	145
Anexo E - Pedido de autorização ao autor para utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress	146
Anexo F - Resposta com a autorização para a utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress	147
Anexo G - Pedido de autorização ao autor para utilização do Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa	148
Anexo H - Pedido de autorização ao autor para utilização da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal	149
Anexo I - Resposta com a autorização para a utilização da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal	150
Anexo J - Cópia do pedido de aprovação do projeto de investigação à Comissão de Ética da Universidade Lusíada de Lisboa	151
Anexo K – Cópia requerimento para registo título/tema e aceitação do orientador ...	152
Anexo L – Cópia da declaração da aceitação da orientadora	154
Anexo M - Cópia da autorização da Comissão de Ética da Universidade Lusíada	155
Anexo N - Questionário Sociodemográfico e Clínico	156

Anexo O - Cronograma de Execução do Estudo	158
--	-----

ÍNDICE

Introdução	1
Enquadramento Teórico	4
Gravidez e maternidade.....	4
Maternidade e paternidade.....	6
Luto	7
Luto normal e patológico	9
Luto gestacional	11
Luto não autorizado	13
O impacto do luto gestacional nos pais	15
Modelos teóricos do luto	17
Fatores psicológicos	19
Sintomas Emocionais Negativos - Depressão, Ansiedade e Stress.....	19
Sentimentos Pessoais – Culpa e Vergonha	20
Fatores de proteção	22
Satisfação conjugal	22
Suporte Social	24
Suporte psicológico na gravidez	26
Fatores de risco	27
Perdas gestacionais e a perspetiva de uma gravidez subsequente	27
Repercussões na estrutura e na dinâmica familiar	29
Hipóteses de Investigação	31
Método	34
Participantes	34

Caraterização da amostra	36
Instrumentos de avaliação.....	42
Questionário Sociodemográfico e Clínico	42
Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)	43
Escala de Intensidade do Luto Perinatal	44
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)	46
Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa	47
Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)	48
Procedimentos	49
Análise estatísticas dos dados	53
Resultados	56
Resultados descritivos	56
Estudos de Associação	61
Intensidade do Luto Perinatal e Sintomas Emocionais Negativos	61
Intensidade do Luto Perinatal e Sentimentos Pessoais	63
Intensidade do Luto Perinatal e Satisfação Suporte Social	64
Intensidade do Luto Perinatal e Satisfação Conjugal	66
Sintomas Emocionais Negativos, Sentimentos Pessoais, Satisfação Suporte Social e a Satisfação Conjugal	67
Estudo das diferenças em função das variáveis sociodemográficas	72
Idade	72
Estado Civil	73
Escolaridade	74
Situação Profissional	75

Agregado Familiar	76
Religião	79
Estudo das diferenças em função das variáveis médicas e clínicas	80
Número de Gravidezes	80
Gravidez de Risco	81
Gravidez Planeada	82
Gravidez Desejada	83
Gravidez Viglada	84
Tipo de Perda	85
Causa da Perda	87
Tratamento de Fertilidade	88
Infertilidade Prolongada	89
Tratamento Psicológico	89
Estudo comparação de grupos com preditores do luto	90
Processo de Luto	91
Tipo de Perda	94
Causa da Perda	98
Tratamento Psicológico	100
Resultados Inferenciais.....	101
Predição para o Luto Total	102
Predição para o Luto Ativo	104
Predição para as Dificuldades de Coping	106
Predição para o Desespero	109
Discussão	113

Referências	124
Anexos	141

Introdução

A gravidez e a maternidade são caracterizadas como dois momentos marcantes na vida de uma mulher. Canavarro (2001) refere que a gravidez vai para além da concepção, assim como a maternidade não se resume ao momento do parto. Estes são apenas o início de dois percursos com uma duração temporal distinta, sendo, por isso, designados como processos complexos, com implicações profundas na vida do casal. A autora aborda na sua obra que a gravidez é uma etapa de transição que se mostra crucial para a preparação da maternidade. Esta, por outro lado, é mais do que um processo, a maternidade abrange um conjunto de mudanças significativas na identidade e no papel da mulher na sociedade (Canavarro, 2001). Estas mudanças são marcadas, não só, pelas transformações físicas, mas também, emocionais e psicológicas. Isto deve-se à complexidade que está presente nestas duas fases, onde os desafios e a adaptação são parte integrante do processo que ocorre durante a gravidez até à maternidade (Canavarro, 2006).

Por conseguinte, a gravidez e a futura maternidade são um processo tão natural como a continuação da descendência de um casal. Os futuros pais investem num projeto de constituição de uma família, o qual envolve preparação, tanto emocionalmente como psíquico e social, onde estão incluídos os restantes membros da família e amigos. Todos estão envolvidos para a chegada do bebé. E quando, por algum motivo e, de uma forma inesperada, acontece a perda de um feto. Existe um sentimento de que um sonho é-lhes retirado, tudo poderá transformar-se em dor e sofrimento. O que outrora seria um momento vivido de grande felicidade, de repente, se torna num acontecimento marcado pela dor, porventura até traumático (Muza et al., 2013).

No entanto, o luto gestacional é uma realidade com considerável prevalência na gravidez, sobretudo nos primeiros três meses de gestação, o que acaba por inverter uma sequência lógica e natural do próprio ciclo de vida (Ampese et al., 2007).

Segundo dados publicados pela Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal, a perda gestacional surge como a complicação mais frequente durante o período da gravidez, podendo representar até 15% das gravidezes, medicamente acompanhadas (Campos & Pinto, 2022). Ao nível mundial, os números apontam para uma ocorrência de cerca de dois milhões de nados-mortos (WHO, 2022a).

O Código do Trabalho sofreu recentemente alterações na legislação laboral relativamente ao luto gestacional. A Lei n.º 13/2023 de 3 de abril, artigo 38.º A, n.ºs 1 e 2, veio conferir um novo direito à parentalidade. Isto é, no caso de não haver lugar à licença por interrupção da gravidez, a mãe e o pai podem faltar ao trabalho até 3 dias consecutivos, por motivo de luto gestacional, mediante justificação conforme o disposto no n.º 3 do mencionado artigo, conforme Diário da República n.º 66/2023, Série I de 2023-04-03.

Porém, nem sempre a perda gestacional é reconhecida por parte da sociedade. A perda de um filho, que não nasceu, parece algo “vago”, isto porque o feto ainda não é considerado um bebé, logo o casal não é reconhecido como pais (McCreight, 2004; da Rosa, 2020; Pereira & Lima, 2024). O tema da perda gestacional ainda constitui um assunto “tabu”, impondo, por vezes, à mãe, um silêncio e isolamento, decorrente de estigmas, de sentimentos de vergonha e culpabilização (WHO, 2022b; Farren et al., 2018; Murphy & Cacciatore, 2017; Omar et al., 2019). Com base em vários estudos realizados, as evidências apontam que a perda gestacional tem um impacto negativo no bem-estar psicológico da mulher, constituindo assim uma maior probabilidade de

desenvolver perturbação de stress pós-traumático, associado a altos índices de ansiedade e depressão (Könes & Yildiz, 2021; Obst et al., 2020). Estudos realizados com casais com perda gestacional revelaram que a existência de suporte social e satisfação conjugal apresentam-se como fatores de proteção, reduzindo, por isso, a prevalência de risco no desenvolvimento de perturbações patológicas. Além disso, a satisfação com o suporte social e a satisfação conjugal apresentam-se como fatores influenciadores com impacto positivo para o planeamento de uma futura gravidez (Oliveira et al., 2022; Voss et al., 2020).

A pertinência deste estudo tem como base a escassez de estudos onde conste uma maior abrangência relativamente à idade de mulheres enlutadas por perda gestacional. Tendo como objetivo conseguir uma amostra com uma amplitude em termos de idades, poderá dar um contributo para uma melhor compreensão sobre a vivência da perda e o impacto do luto gestacional em várias fases da vida da mulher.

Posto isto, o presente estudo tem como objetivo geral avaliar a intensidade do luto por perda gestacional numa amostra de mulheres com várias idades, dando assim uma contribuição para compreender de que forma(s) a perda gestacional pode impactar na saúde mental da enlutada. Será importante identificar os fatores emocionais associados ao luto por perda gestacional, nomeadamente a depressão, a ansiedade e o stress e os sentimentos pessoais, vergonha e a culpa. Além disso, perceber se o suporte social e a satisfação conjugal podem ser preditores protetores para a elaboração do luto e, por conseguinte, se existem condições favoráveis para uma futura gravidez.

Enquadramento teórico

Gravidez e maternidade

A maternidade é, para uma mãe, o início da construção do vínculo, uma ligação emocional única, que se inicia antes do nascimento, a partir das expectativas e sonhos projetados pelo casal no futuro bebé. O bebé pode ou não ser planeado e desejado e é nesta sequência de tarefas psicológicas desenvolvimentais que ocorrem na gravidez que, evoluem do bebé imaginado para o bebé real e assim, emerge a vinculação entre a mãe e o filho. No que diz respeito ao luto gestacional, a mãe procura na sociedade o reconhecimento do seu sofrimento pelo bebé perdido, sendo que, culturalmente, uma perda de um bebé que não nasceu, incluindo a perda real e simbólica, é por vezes, ignorada, constituindo-se como um fator de risco para a saúde psicológica da mulher e para a adaptação da mesma a este processo tão difícil (Iaconelli, 2007; Pereira & Lima, 2024). Quando uma gravidez resulta na perda de um bebé, esta morte tem um impacto na mulher e no casal a diferentes níveis – nível emocional, psíquico e social - assim como, na estrutura e dinâmica familiar (Pereira & Lima, 2024).

Sendo assim, a elaboração do luto de um bebé, antes do seu nascimento, provoca uma rutura na dinâmica da construção do vínculo afetivo mãe-bebé, que se caracteriza como uma ligação desenvolvida desde a sua conceção, desde o desenvolvimento uterino até ao nascimento do bebé. Ligação essa, que fortalecerá os laços entre mãe e filho, acompanhados de memórias e recordações. Na sequência da perda, essas recordações tornam-se impossíveis de serem evocadas. Por essa razão, a ausência do bebé é sentida pela mãe de uma forma profunda, como se lhe tivesse sido retirada uma parte do seu corpo. Além disso, existe a ideia de que a ausência de lembranças pode constituir uma

sensação de que o bebê foi alguém que não existiu, significando para a mãe um vazio imenso (Duarte & Turato, 2009).

A constituição dos laços afetivos entre mãe e bebê inicia-se ainda no útero (Ainsworth, 1978). A qualidade destes laços que se começa a formar numa fase muito primitiva da vida terá impacto na qualidade dos relacionamentos futuros e no desenvolvimento social, emocional e psicológico, do “ser em construção”. Não admira, por isso, que a literatura indique que a intensidade do luto gestacional vivido pela mãe que sofre uma perda gestacional, está relacionada com os laços afetivos estabelecidos entre mãe e filho (Teodózio, 2022). No caso do pai, a experiência de se “tornar pai” e começar a experienciar uma nova fase da vida, a qual é a parentalidade, torna-se num processo vivido no casal. Segundo a literatura, o feto significa para o pai uma representação interna de fantasia e de realidade (Gonçalves, 2013). Os homens tendem a acompanhar o processo da gravidez mediante interrogações e de projeções futuras (Costa, 2019). Porém, este fato pode ser desencadeador de angústias ao longo de toda a gestação. Esta situação pode implicar repercussões emocionais que vão de encontro à relação que Bowlby estabeleceu entre a sua teoria de vinculação e a teoria do luto (Ramires, 2010).

Neste seguimento, o luto gestacional manifesta-se pelo aparecimento de diversos sintomas, tais como ansiedade de separação, angústia traumática, sintomatologia depressiva e de ansiedade, cuja severidade depende de uma interação entre os fatores cognitivos, socioemocionais, entre outros (Silva & Nardi, 2011). Muito importante também para o enfrentamento do luto gestacional são os modelos internos dinâmicos de vinculação da mãe, construídos com base no seu próprio histórico de cuidados

anteriores. Assim, a confiança que a mãe detém sobre si e sobre os outros influenciará grandemente a sua capacidade de ajustamento e adaptação após a perda (França, 2009).

Maternidade e paternidade

A maternidade e a paternidade fazem parte de um processo do ciclo vital, as quais são um marco no desenvolvimento psicológico do ser humano. Assim sendo, a gravidez pode constituir-se como um acontecimento de elevada exigência para a mulher, sendo-lhe exigido uma reestruturação e um reajustamento da sua vida emocional e psicossocial, tanto em mães pela primeira vez (primíparas), como para aquelas que já passaram por gravidezes anteriores (multíparas), isto para que a fase da gravidez possa ser uma experiência agradável e saudável do ponto de vista afetivo e psicológico, tanto para a mãe como para o bebé (Dornelles & Lopes, 2011; da Silva et al., 2019).

Embora se tenha assistido a importantes mudanças sociais e culturais na conceptualização da mulher, para algumas culturas, a maternidade continua a ser considerada uma função da mulher, um papel que deve desempenhar para atingir toda a sua plenitude, enquanto mulher. Porém, quando esta, por alguma razão, não consegue exercer essa “função natural”, como gerar um bebé perfeito e saudável, pode, a acrescer ao sofrimento, tristeza e sentimentos negativos causados, suscitar na mulher um sentimento de inferioridade e de incompetência enquanto mãe e mulher (Lemos & Cunha, 2015).

Encontra-se uma perspetiva psicanalítica na literatura winnicottiana que salienta que a experiência da maternidade pode representar na mulher uma maior probabilidade de um aumento na sua sensibilidade. No que diz respeito, ao aspeto psicológico, poderá existir algum retraimento, levando a mesma a viver emoções e sentimentos intensos,

dos quais podemos destacar, o desamparo e a ansiedade. Estes sentimentos estão associados à insegurança ao cuidar do bebê, havendo uma preocupação de garantir os cuidados básicos, o que pode suscitar a envolvimento das pessoas que lhe são mais próximas para a necessidade de proteção e amparo. No entanto, isto não é um indicador de que possa existir uma associação patológica, muito pelo contrário, esta situação é própria do processo de desenvolvimento, pelo qual a mãe passa e que é necessário para poder identificar-se com o seu bebê. Por este motivo, o período gestacional é considerado uma fase de extrema importância, a qual necessita de uma maior compreensão, não apenas para o desenvolvimento do bebê, como também, nas primeiras relações estabelecidas no seio familiar (da Silva et al., 2019).

A experiência da maternidade é, muitas vezes, vivenciada por momentos muito intensos que envolve ansiedade, medos, receios, dor e sofrimento. Estes sintomas emocionais estão, muitas vezes, associados a perdas gestacionais anteriores, em que as mães temem que o seu bebê tenha alguma malformação congénita ou que, algum problema possa ocorrer durante o parto e decorrer daí, algum prejuízo ou morte da mãe e do bebê. A ansiedade e a angústia da perda podem estar relacionadas com alguma ambivalência entre as perdas e os ganhos físicos, emocionais e psíquicos, que caracterizam uma gravidez. Quando a mãe se vê confrontada com um diagnóstico de óbito fetal, esta construção que se encontrava em evolução, tendo uma carga significativa, é interrompida e impedida de se concretizar, resultando numa dificuldade de aceitação, negação do ocorrido, provocando grande sofrimento para as mães, assim como, para o pai e restante família (Lemos & Cunha, 2015).

Luto

O luto pode ser considerado um “sentimento de pesar ou dor pela morte de alguém”, além disso, também poderá estar associado a diversas emoções como “tristeza profunda; consternação, dó” (Azevedo & Pereira, 2013). Sendo, por este motivo, um processo doloroso, que requer tempo e que consome energia da pessoa enlutada. O luto não é, somente, um sentimento, mas também um processo pelo qual o indivíduo necessita passar para aceitar, elaborar e integrar a perda do objeto, como um processo de aprendizagem (Rodrigues, 2015).

Na perspectiva da psicanálise, o luto é considerado um processo normal pelo qual todo o ser humano, um dia, terá de enfrentar. O luto só pode iniciar-se a partir do momento em que o sujeito perde o objeto real, percebendo um vazio no seu mundo, havendo assim, uma necessidade de investir em novos objetos libidinais (Rodrigues, 2015).

Freud refere-se ao luto, no seu livro *Luto e Melancolia*, como sendo uma reação à perda de um ente querido, mas também, como uma perda abstrata que representa algo muito significativo para o indivíduo. Para algumas pessoas, esta situação poderá ser um fator que conduzirá à melancolia, o que, por sua vez, poderá desencadear uma predisposição patológica. No entanto, é expectável que, decorrido algum tempo após a perda, o luto seja efetuado de uma forma normal, plena e saudável, que deverá ser experienciado e integrado na vida do enlutado. Quando isso acontece, não haverá lugar a quaisquer interferências. O enlutado terá plena consciência da sua perda, o luto terá de ser visto como um trajeto a ser percorrido, deverá ser vivido de uma forma individual e, sempre que possível, sem qualquer intervenção externa (Dunker, 2019). Pois o luto, embora tenha uma conotação de caráter patológico, não deverá ser visto como uma doença, só no caso da intensidade e da duração do luto exceder o que se pode caracterizar

por um luto normal, transformando-se num luto patológico (APA, 2022). O processo do luto instala-se para elaboração da perda, é representado como um teste à realidade do enlutado, proporcionando-lhe uma melhor adaptação e percepção de que o objeto querido já não existe, havendo assim a necessidade de que este seja substituído por outro objeto (Cavalcanti, 2013).

Luto normal e patológico

Após análise na literatura, podemos verificar que Bowlby aborda o luto numa perspetiva da perda do vínculo e interpreta-o, como sendo detentor de um aspeto negativo do vínculo e uma resposta à separação. No pressuposto de que o ser humano tem uma propensão para estabelecer laços emocionais com os outros. Sendo caracterizado como uma necessidade inerente à condição da natureza humana a que pertence e desenvolvendo-se durante todo o seu ciclo de vida (Lemos & Cunha, 2015). A partir desta perspetiva, Bowlby considera que o “luto saudável” deverá ter uma vertente para a aceitação da modificação do mundo externo, a qual estará ligada à perda definitiva da pessoa significativa, o que implica que haja uma alteração no mundo interno e representacional com uma nova reorganização dos vínculos que permanecem (Rodrigues, 2015).

Ainda na mesma sequência, o luto é designado por “normal”, aquele onde o impacto da perda pode ser minimizado num curto espaço de tempo. Pressupõe que se baseie numa formação de novos vínculos substitutivos, em que o indivíduo invista em novos projetos, novas atividades e com a aceitação do seu suporte social. No que diz respeito ao luto “patológico”, este refere-se a uma ligação afetiva muito intensa e voltada para a pessoa perdida, não conseguindo “cortar” com esse vínculo de uma forma saudável e adaptativa ao novo contexto existente, sendo a perda, a ausência da pessoa

falecida. Em sequência disso, nestes casos, a pessoa enlutada pode apresentar emoções e sentimentos intensos como a tristeza, a depressão, a raiva, reagindo de uma forma onde está patente a negação, a ambivalência, a distorção e a permanência nas recordações do passado, refletindo-se num desequilíbrio e desajustamento, podendo desencadear, o surgimento de sintomas patológicos como a perturbação de luto complicado persistente (Lemos & Cunha, 2015; APA, 2022).

Em consequência do que foi anteriormente exposto, pode existir a necessidade de apresentar um padrão que estabeleça os parâmetros para definição do que se pode intitular como sendo, “luto normal” ou “luto patológico”, mediante uma perda significativa. Atualmente, existe uma procura incessante sobre a necessidade de questionar, também pela sua complexidade, para estabelecer uma diretiva universal e reconhecida por todos, como sendo uma resposta normativa ou patológica frente à finitude da morte (Carvalho & Meyer, 2007). Posto isto, é aceite e entendido que cada pessoa vive o luto de uma forma idiossincrática, baseado numa dinâmica psíquica particular, por estar relacionado com as características individuais, tais como, a personalidade, a história de vida e as perdas anteriores, para além da rede de suporte social e os mecanismos psíquicos que possui para enfrentar as diversidades da vida (dos Santos et al., 2023). Ainda sobre o processo de luto, poderá se referir que o objetivo não é exigir que o enlutado esqueça a pessoa perdida ou ultrapasse essa perda como se fosse algo temporal, que o tempo pudesse “apagar” as memórias e recordações sobre essa pessoa. É pretendido é que a perda seja aceite como algo que é universal a todos, ao qual todos irão um dia viver. Morrer é tão natural como nascer, para isso, é importante que o enlutado enfrente o luto como um processo natural de resignificação e transformação da relação com o objeto perdido (Neimeyer et al., 2010). Por isso, o luto

não finda com uma resolução em que basta um “voltar à normalidade”, mas, que o indivíduo integre a perda na sua vida (Nazaré et al., 2010). Relativamente ao luto gestacional, este é um acontecimento doloroso, marcado pelo sofrimento, podendo constituir um evento imprevisível e traumatizante para a mãe e para o casal (Monteiro, 2020). O bebé já fazia parte do imaginário da mãe, com a sua perda, o bebé nunca passará verdadeiramente para o plano real, o que implicará a elaboração de um processo de reajustamento psicológico individual, o qual poderá estender-se para a restante família (Bouso, 2011; Lemos & Cunha, 2015).

Luto gestacional

A gravidez é considerada um acontecimento marcante na vida de qualquer mulher/casal, em que a mãe experiencia este momento como uma fase de mudança que se releva muito exigente (Costa, 2019). No entanto, é também conotada como um marco de renovação, enriquecimento pessoal e familiar, dando assim, a oportunidade da realização de um desejo de continuidade e de grandes desafios para o casal (Mendes, 2002; Costa, 2019).

A morte de um filho, por perda gestacional, é considerada uma das experiências mais traumatizantes (McDonald et al., 2019), que o ser humano pode experienciar (Bratt et al., 2018; Dias et al., 2017) e pode significar um risco elevado para o desencadear de sintomatologia psicopatológica (Fernández-Alcántara & Zech, 2017; kokou-Kpolou et al., 2018), como sintomas de ansiedade e de depressão (da Silva et al., 2022), havendo assim uma maior probabilidade de desenvolver um luto patológico (McDonald et al., 2019). Pode-se ainda afirmar que esta realidade pode ser evidenciada mediante estudos efetuados com mulheres e casais em luto gestacional, os quais afirmam que a perda de um bebé em fase de gestação é mais dolorosa que os pais podem vivenciar, no decurso

da sua vida (Vescovi & Levandowski, 2023; de Campos, 2018; Barth et al., 2020; Toller, 2008; Denhup, 2019).

Esta perda é designada por perda gestacional e depende de um conjunto de situações que podem estar relacionadas com e durante a gestação ou até mesmo, no após o parto. Estas situações podem englobar o aborto espontâneo, a morte fetal, a morte neonatal, entre outros tipos de perda em sequência de várias causas (Costa, 2019). Tem-se como exemplos as implicações obstétricas ou de parto, problemas de saúde da mãe ou, em alguns casos, desconhecidas. Neste sentido, o luto gestacional é algo mais abrangente, não havendo um enquadramento no tempo gestacional e pode englobar vários motivos para a perda do bebé durante e após o parto. Para uma melhor compreensão, pode-se definir a mortalidade fetal precoce com os abortos em idades gestacionais compreendidas entre a concepção e a 20.^a semana e a mortalidade fetal tardia, sendo aquela que ocorre a partir da 28.^a semana (WHO, 2006).

De salientar que o luto perinatal requer uma especial atenção, isto porque, a perda de um bebé durante este período é pouco reconhecida e, nem sempre, validada pela sociedade (Gesteira et al., 2006). Esta desvalorização pode acarretar graves implicações e repercussões com um impacto negativo ao nível emocional e psíquico dos pais. Estes podem apresentar dificuldades de adaptação e ajustamento no processo de luto gestacional (Iaconelli, 2007).

A perda de um bebé, durante a fase da gravidez, pode gerar um impacto psicológico nos pais, em especial na mãe. Esta situação pode demonstrar a falta de estruturas ou rituais sociais que possam ser um fator de proteção aos pais enlutados. Esta aparente falta de apoio ou suporte social, por parte das pessoas mais próximas do casal enlutado pode estar relacionada com o facto de ter ocorrido a morte de alguém que

nunca nasceu, o que deixa as pessoas sem argumentação e sem saber como proceder perante tal situação. Contudo, para os pais, aquele bebê já existia no seu imaginário e já fazia parte da sua vida (Silveira, 2021).

O luto dos pais pode representar uma ameaça que pode afetar a função parental, ou seja, pode gerar graves consequências, como inabilidade provisória ou permanente para o exercício da parentalidade, ou ainda, causando um isolamento social. Na perspectiva parental, os estudos não indicam que haja uma correlação entre a existência de uma idade menos traumática para a morte de um filho, apontam apenas para a existência de sentimentos comuns aos pais e à família, como frustração, decepção, revolta, tristeza, culpa e choro (Santos et al., 2004).

Luto não autorizado

Para dar suporte à fundamentação do presente estudo, foi realizada investigação no sentido de compreender um pouco mais sobre o tema do luto gestacional e tudo o que está envolto ao processo de luto. A partir de uma pesquisa de campo em mulheres que tinham perdido os seus filhos durante a gestação, estas afirmaram que sentiam dificuldades em expressar publicamente sobre a sua perda (Pereira & Lima, 2024). Neste sentido, as mães enlutadas sentem-se como não tendo direito a viverem o seu luto, sentem que não têm o apoio que seria fundamental para que este seja realizado de uma forma saudável (Osta et al., 2012). Nazaré (2010) afirma que a inexistência de rituais fúnebres num caso de perda gestacional, acrescido à falta de apoio da rede social, pode representar para estas mães dificuldades na elaboração no seu processo de luto.

Worden (2013) afirma que, para determinado fenómeno ser reconhecido pela sociedade, terá de ser sancionado pela mesma, para ser detentor de direitos. Por essa

razão, o autor refere que um luto não autorizado decorre de uma perda negada e/ou não expressa pela sociedade.

Ainda sobre o luto não autorizado, Doka (1999) considera este tipo de luto como uma perda desprovida do direito a ser reconhecida, lamentada ou apoiada publicamente em sociedade. Sendo por isso, o contexto social quem determina as regras em sociedade, quem deverá estar em processo de luto, no caso de uma perda gestacional. Não existe uma correspondência entre as condutas sociais e culturais pré-estabelecidas, a natureza e a intensidade da vinculação existente entre uma gestante e o seu feto, onde o laço de ligação não é valorizado nem reconhecido como significativo.

Talvez a sociedade não esteja preparada para enfrentar este luto, não aceitando o luto gestacional e com isso, poderá desvalorizar a perda e o processo do luto. Num estudo realizado com mulheres enlutadas por perda gestacional, estas partilharam um pouco da sua experiência e referiram que é bastante comum ouvirem das pessoas que as rodeiam, expressões que, de alguma forma, desvalorizam a sua perda, a sua dor e o seu sofrimento. Dando como exemplo, “Ainda és muito jovem, podes voltar a engravidar.”, “É a lei da vida...”, “Estás a chorar, por quê?”. Segundo estas mães, estas expressões provocam uma sensação de incompreendidas, fazendo com que se inibam de expressar a sua dor, havendo assim, a necessidade de se isolarem (Osta et al., 2012).

Quando a elaboração do processo de luto é negado ou rejeitado, haverá uma maior probabilidade da dor vivida pela enlutada conduzir a sentimentos de vergonha e culpa, sendo-lhe vedado a condição de participar e de realizar rituais de despedida do filho que não nasceu. Esta situação poderá conduzir a uma discussão sobre determinados aspetos e questões éticas ou legais sobre o luto gestacional (Osta et al., 2012).

Pode-se verificar a partir de uma revisão sistemática de literatura, a existência de alguns exemplos de luto não autorizado com alguns relatos de mães enlutadas ao mencionarem que “Ninguém me entende...”, “Tenho de justificar a minha dor...”, “Não vou sobrecarregar ninguém com a minha dor...”, “Aprendi a esconder os meus sentimentos...”, “Não falo sobre ele (bebê) para proteger-me dos comentários...”. Com o intuito de ajudar estas mães e na perspectiva de proporcionar apoio psicológico, será necessário promover segurança, assim como validar o seu processo de luto, tornando-o legítimo (Osta et al., 2012; da Rosa, 2020).

O impacto do luto gestacional nos pais

Durante a gravidez podem ocorrer vários tipos de perdas, estas podem ser atribuídas a vários fatores e contextos. Pode-se destacar a interrupção da gravidez, pode ser determinada por indicação médica ou voluntária, a morte perinatal e as anomalias congénitas, com ou sem morte do bebé. Independentemente do que pode estar por detrás das circunstâncias e da natureza da perda, a perda gestacional, será sempre um processo difícil e doloroso de enfrentar, tanto para as mães, como para os pais, familiares e para os profissionais da saúde, onde poderão se destacar os médicos e os enfermeiros (Silveira, 2021).

De salientar que, segundo estudos realizados no âmbito desta temática, as reações de uma mulher perante uma perda ocorrida durante a gravidez ou puerpério podem depender da intensidade da ligação afetiva ao seu bebé, isto é, do investimento que esta coloca durante a gravidez. Por essa razão, será a ligação afetiva na relação mãe-filho que vai determinar a forma da elaboração do processo do luto e não a idade gestacional ou o tempo de vida que o bebé tinha aquando do seu falecimento. Neste sentido, encontram-se na literatura vários estudos que vêm corroborar com esta

perspetiva de que uma perda gestacional será sempre um acontecimento envolto em grande angústia para a família, independentemente da idade gestacional (Silveira, 2021; da Silva et al., 2019; Teodózio et al., 2020).

A interrupção médica durante a gravidez é seguramente um fator que pode originar grande sofrimento, o qual está relacionado com o processo de tomada de decisão. Principalmente nos casos em que a mãe já sentiu os movimentos do feto e começa a perspetivar o momento do seu nascimento, o qual está envolto de expectativas e de grande felicidade no casal, sendo este sentimento partilhado pelos filhos existentes, pela família e amigos (Silveira, 2021).

A imagem do filho imaginário é algo que surge no seio do casal, no entanto, existem aqui sentimentos de ambivalência que vão desde a felicidade do filho tão desejado e, por outro lado, a frustração numa má formação no bebé. Neste caso, poderão existir sentimentos de culpa relativamente à sensação de incapacidade de amar e aceitar. Por vezes, a comunicação de uma malformação fetal pode ser um fator gerador de rutura na construção da relação da vinculação durante o período de gestação, o que poderá impactar de uma forma negativa os significados atribuídos à parentalidade e ao investimento emocional dos pais (Ferreira et al., 1990). Estudo recente onde envolveu mães em fase de gestação refere que, o diagnóstico de uma malformação fetal pode desencadear processos intensos de luto, revelando um risco elevado de depressão e stress pós-traumático (Hanschmidt et al., 2018). Outra investigação refere a existência de pensamentos intrusivos relacionados com o diagnóstico e os procedimentos médicos. No entanto, relativamente aos pais, estes experienciam sentimentos de angústia, desespero e inconformismo (Consonni & Petean, 2013). Nesta sequência, existem estudos que relatam que a maioria das mulheres não se encontra preparadas para a

severidade e duração da dor emocional (Lafarge et al., 2019; dos Santos et al., 2023; Pires et al., 2024).

Modelos teóricos do luto

Sobre a teoria do luto, Bowlby apresentou uma estrutura em que é dividida em quatro fases, em que a reação é despoletada pela perda de uma pessoa significativa. A primeira fase foi denominada choque, em que existe uma predominância de sentimentos de raiva e de aflição. A segunda é caracterizada pela procura e anseio da pessoa que partiu. A terceira fase está relacionada com o desespero e a desorganização. E por fim, na última fase, pode existir um grau de maior ou menor reorganização. É por esta razão que o indivíduo necessita de encontrar um significado e sentido para a perda (Bowlby, 1998).

Enquanto Bowlby abordava o processo de luto sob a forma de uma estrutura composta por etapas, Worden desenvolveu este processo através de, por meio de tarefas para as quais a pessoa reage em resposta a um sofrimento que tem na sua origem uma perda real ou simbólica. Para o mesmo autor, a elaboração do luto só se completa quando se cumprem as quatro tarefas com sucesso: a aceitação da realidade; a elaboração da dor; o ajustamento ao ambiente onde falta a pessoa perdida e, por fim, a quarta tarefa, que visa a integração da perda na sua vida, isto é, as memórias não desaparecem, apenas ficam a saudade, os pensamentos e as boas recordações associadas à pessoa que faleceu (Costa, 2019; Worden, 2013).

Por outro lado, Kübler-Ross definiu o processo do luto em 5 fases, dando assim, a possibilidade de compreender melhor a evolução do enlutado. A primeira fase designa-se pela negação da perda, a segunda pela raiva, a terceira pela negociação, esta surge quando o enlutado começa a perceber a perda como uma hipótese, a quarta

fase, intitulada depressão, esta é o resultado do reconhecimento da inevitabilidade da perda e a última, a quinta fase, a aceitação da perda (Kübler-Ross, 2008).

Stroebe e Schut (2010) definem o Modelo do Processo Dual do Luto como um modelo composto por estratégias de coping, as quais procuram auxiliar o indivíduo a adaptar-se à situação vivenciada para diminuir o stress e a ansiedade, visando prevenir a depressão que pode originar um luto patológico. Para estes autores, o processo de adaptação e construção de significado ocorre a partir da implementação de estratégias de coping, orientadas para a perda. Por outras palavras, a mãe passa por um luto gestacional deverá capacitar-se de ferramentas que lhe darão condições para gerir melhor o seu sofrimento e uma melhor adaptação ao mundo sem o seu bebé. Estes mecanismos de coping promovem junto dos pais enlutados uma reconstrução das suas crenças e dos esquemas cognitivos, o que permitirá uma melhor assimilação e integração dos esquemas gerados pela perda no funcionamento cognitivo. Este modelo tem na sua composição uma orientação para a reestruturação à adaptabilidade, como um regulador da gestão da perda para permitir um processo de luto mais adaptativo (Stroeb & Schut, 2010). A literatura refere que os mecanismos de coping, tem um papel importante para tornar o luto mais adaptativo, estando relacionado com as mudanças na percepção do self, assim como, nas relações com o outro e a visão perante a vida (Tedeschi & Calhoun, 1996). Desta forma, os pais enlutados poderão perspetivar uma nova realidade, proporcionando um maior investimento nas suas relações interpessoais, proporcionar aceitação perante o inevitável, permitindo assim, que possam atribuir um significado à perda. (Taku et al., 2007).

O Modelo do Processo Dual do Luto intensifica a necessidade de que a pessoa deverá estar tão voltada para a perda como para a restauração. Para isso, é importante

que os pais continuem a investir em rituais que permitam manter uma ligação com a pessoa perdida, com o intuito de ter a sensação de ainda cuidar dela e manter assim uma relação simbólica, havendo aqui uma orientação dirigida para a perda. Por outro lado, um desenvolver de novas relações e papéis orientado para o restabelecimento. Este modelo tem em vista capacitar os pais enlutados numa procura para a atribuição de significado à perda, conduzindo-os assim para uma menor prevalência de sintomatologia de luto complicado e uma melhor adaptabilidade para o processo de luto saudável (Stroeb & Schut, 2010). O importante aqui será a preservação e evocação de recordações como mecanismo de coping, como estratégia para continuar a história do filho perdido e integrá-la na história de vida dos seus pais (Gabriel et al., 2021).

Fatores Psicológicos

Sintomas Emocionais Negativos - Depressão, Ansiedade e Stress

A literatura refere a existência de sintomatologia ansiosa durante a fase da gravidez como algo que é recorrente e comum no seio das gestantes. Este fator psicológico deverá ser tido em conta, enquanto a mulher, no decorrer da gravidez, poderá estar perante momentos, nos quais seja invadida por pensamentos e sensações de medo e sentimentos de insegurança (Conde & Figueiredo, 2003; Rodrigues et al., 2021; Silva, 2022).

Por sua vez, o stress acaba por se apresentar como menos prejudicial em comparação com a ansiedade, podendo definir-se como uma força externa que acaba por ser uma consequência dos sintomas de ansiedade (Santos, 2015).

Relativamente à depressão, esta surge da evolução de uma combinação que resulte de vários fatores, dos quais se destacam os ambientais, os biológicos, históricos e psicossociais. Estudos efetuados em grávidas mencionam que cerca de 10 a 20% das

mulheres que estão em fase de gravidez apresentam valores clinicamente significativos com sintomatologia depressiva (Thiengo et al., 2012; da Silva, 2012; Sunström et al., 2017). Para além disto, existem evidências de que no período do primeiro trimestre de gravidez, onde ocorre uma maior prevalência de perdas gestacionais, assim como, nos três meses após o parto, a existência de valores elevados de sintomas depressivos na mulher (Lima et al., 2017; Santos, 2015).

No atendimento psicológico em mulheres por perda gestacional, é natural existirem silêncios acompanhados por choros, manifestações comuns em mães que experienciam a perda de um filho. Por vezes, o silêncio funciona como um escape, pode representar-se como se fosse uma limitação pela falta de palavras para expressar tamanha dor, o vazio, a dificuldade a recorrer em palavras, o significado que é a realidade da morte e o que isso representa para uma mãe, a perda de um filho (Poli, 2008; Lemos & Cunha, 2015).

Em muitos casos, a perda fetal pode significar a hospitalização da mãe, o que, para além de representar um acontecimento devastador, envolto em grande dor, existe também a circunstância de que no período do seu internamento esteja rodeada de futuras mães, puérperas e bebés recém-nascidos. Nesta situação, a mulher perante um processo de elaboração de luto, além de se encontrar num período de grande fragilidade física e emocional, face a esta situação, tem de enfrentar uma realidade e uma felicidade que lhe foi retirada. Esta mulher poderá apresentar a necessidade de apoio profissional especializado, assim como de suporte familiar e social (Nazaré et al., 2010; Leal et al., 2019).

Sentimentos Pessoais – Culpa e Vergonha

A perda gestacional desencadeia, muitas das vezes, sentimentos de culpa. Por vezes, a circunstância da causa da perda nem sempre é conhecida, principalmente se este ocorrer durante o primeiro trimestre, o que pode prejudicar a elaboração do luto. A mulher, nestas circunstâncias, pode experienciar sentimentos de imperfeição e vazio. O fato de a perda gestacional estar relacionada com causas desconhecidas pode desencadear sentimentos de culpa e censura. Os quais podem despertar uma percepção associada à negligência como causa principal da perda durante a gravidez. Por esta razão, é expectável haver uma procura incessante pelas causas da perda, pelo que a mãe é levada a avaliar, de uma forma minuciosa, todas as suas ações, culpando-se por não conseguir ter uma gestação de termo (Santos, 2015; Monteiro, 2020; Vizinha, 2020).

De referir que o impacto e a reação da mãe perante a perda não estão diretamente relacionados só com a perda do bebé, mas sim, com as expectativas criadas antes e após a sua conceção (Santos, 2015; Almeida, 2019; de Albuquerque et al., 2022). Os pais enlutados tendem a lidar com a perda real e simbólica do seu bebé, criando assim, sentimentos de fracasso e de culpa. Existem indícios de que a mulher, pelo fato de ser ela a carregar o bebé no seu ventre, poderá manifestar sentimentos de culpa, por temer que, de alguma forma, possa ter sido negligente (Lemos & Cunha, 2015; Rios et al., 2016). O luto gestacional pode revelar-se num processo doloroso e difícil para o casal, sendo uma perda muito significativa, causando um impacto negativo no relacionamento conjugal (Costa, 2019; Barth et al., 2020).

De uma forma geral, as mortes fetais e neonatais ocorrem de uma forma repentina e inesperada, facto que pode ser um motivo para desencadear problemas físicos e psicológicos nas mães que acabam de vivenciar este acontecimento. A literatura revela que as mães que enfrentam um luto materno demonstram vários

sintomas aliados a uma tristeza profunda, associados a sentimentos depressivos ou de culpa, baixos índices de autoestima, raiva, fracasso, vergonha e, por vezes, pensamentos suicidas (Santos, 2015; Santos, 2022). Na perspectiva destas mães, elas não perdem apenas um filho, mas uma parte integrante de si, a sua própria identidade (Hill et al., 2017), levando ao isolamento social (Boyden et al., 2015).

Um aborto voluntário pode levar a um sentimento de perda, gerando um evento que poderá ter uma dimensão de grande complexidade. Nem todas as mulheres experienciaram a perda gestacional com a mesma intensidade (Mullin, 2015; Reda et al., 2021). Estudos referem que uma mulher poderá enfrentar esta perda gestacional como sendo um obstáculo a ser ultrapassado, até em algumas circunstâncias, ter uma sensação de alívio (Porschitz & Siler, 2017) ou, por outro lado, poderá provocar grande sofrimento psicológico. Neste caso, a mulher poderá experienciar sentimentos de vergonha (Rogers et al., 2019), o que pode suscitar um quadro com fatores agravantes para a destituição do direito ao luto (Hazen, 2003; de Carvalho Santos et al., 2021).

Fatores de proteção

Satisfação conjugal

A satisfação conjugal apresenta-se como um fator protetor, que tem na sua base relacional um conjunto de sensações e sentimentos de bem-estar, entre os quais se poderá destacar o contentamento entre o casal, o companheirismo, os sentimentos afetivos e de segurança. Este conjunto de características resulta numa maior intimidade no relacionamento, o que acaba por promover uma maior aproximação e um maior investimento na relação do casal, por conseguinte, uma melhor adequação entre as expectativas e o que é efetivamente vivido pelo casal (Norgren et al., 2004; Schlösser, 2014; Rosado & Wagner, 2015).

Estudos realizados em casais no âmbito do luto gestacional, referem que existem diferentes formas de gerir e viver a perda gestacional entre homens e mulheres, o que acaba por tornar-se num fator de risco para a relação conjugal, pois uma das barreiras existentes é a falha da comunicação entre o casal. Os dados referem que os homens apresentam maiores indícios de procura de suporte social e tentam ignorar o acontecimento. Por outro lado, as mulheres procuram mais a ajuda espiritual, os mecanismos para minimizar a pressão que estão a viver, procurando o suporte em mulheres que já tenham passado pela mesma situação. Face a esta situação, é fundamental que os casais tenham uma boa comunicação entre eles, que respeitem a sua individualidade na forma de elaborar o seu luto, com o intuito de reduzir possíveis conflitos entre o casal e consigam enfrentar a sua perda (Nazaré et al., 2010; Santos, 2015; de Campos, 2018; da Silva et al., 2019).

Relativamente à questão da relação conjugal e à dinâmica do casal perante uma perda gestacional, estudos realizados mostram resultados muito ambíguos, isto é, o luto após uma perda de um filho pode suscitar grandes mudanças na dinâmica familiar (Almeida, 2019). Nesse sentido, um estudo recente vêm reforçar a ideia de que poderá existir uma maior tensão na relação conjugal, uma menor coesão familiar e, por conseguinte, um menor índice de intimidade sexual e satisfação conjugal, havendo uma maior probabilidade de situações de infidelidade (Guimarães et al., 2024). Resultado de uma redução na comunicação entre o casal, com consequências nefastas, como o não se sentir compreendido pelo outro, dando origem a um distanciamento, que poderá desencadear, em muitos casos, o divórcio (Guimarães et al., 2024; Gabriel et al, 2021).

Em virtude desta situação, o processo de luto gestacional poderá disputar perdas cumulativas, em que o luto primário resultará da perda de um filho, o luto secundário será a perda de coesão conjugal e o luto terciário o divórcio (Barbosa, 2010).

O divórcio poderá resultar da degradação da comunicação entre o casal, o qual poderá ter na sua origem acusações e responsabilização entre o casal perante a perda, podendo inclusive suscitar sentimentos de raiva. No caso das mulheres, existe uma maior probabilidade da existência de uma intensificação de emoções como a revolta, a raiva e uma redução de empatia (Crenshaw et al., 2019). Enquanto os homens tendem a ser menos comunicativos e emocionalmente menos expressivos. Em contrapartida, as mulheres são mais expressivas e comunicativas. Relativamente ao luto gestacional, as mulheres demonstram maior probabilidade de sofrimento, motivado pela vivência de fatores psicológicos como a vergonha e a culpa, a sensação de inadequação derivada à circunstância da perda (McDonald et al., 2019).

Porém, existe também o inverso da moeda, ou seja, relações que saem mais fortalecidas pelo fato do casal se unir, ainda mais perante a perda, sendo uma forma para enfrentar a dor e sofrimento da perda do seu bebé. Havendo um apoio mútuo constante nestes casos, sendo assim, este poderá constituir um fator protetor fundamental relativamente à elaboração do processo de luto (Gabriel et al, 2021; Guimarães et al., 2024).

Suporte Social

Sendo o ser humano um ser social, em que a sua identidade é construída através da relação que ele estabelece com o outro. A identidade é o fruto da interação, dos acontecimentos, das experiências de carácter biológico e sociocultural que o indivíduo

estabelece com o seu suporte familiar e social, promovendo o seu desenvolvimento na construção da sua individualidade (Hastings, 2000; Chauí, 2024).

Segundo estudos realizados, as mães que receberam um maior suporte social reportaram respostas ao luto menos intensas, logo, regista-se um luto menos complicado (Mendonça, 2018). Por essa razão, a evidência leva-nos a acreditar que o apoio advindo de grupos de interajuda, pais que estão a viver uma experiência semelhante, pode ser um fator protetor na elaboração do luto, permitindo uma diminuição na sintomatologia ansiosa e depressiva (Riley et al., 2007; Silva, 2023). Em contrapartida, os pais referem que durante o seu processo de luto experienciaram mudanças negativas nas relações sociais, pressão social no que diz respeito à falta de reconhecimento da sua perda ou ainda, a imputação de responsabilidade sobre a morte do bebé. Esta falta de apoio poderá implicar a sensação de desamparo e vulnerabilidade, e ainda, o gerador de sentimentos de solidão e de estigmatização, podendo levar a um isolamento social (McBride & Toller, 2011; Arruda et al., 2021).

A importância do apoio social e familiar é bastante relevante, para os pais que acabam de perder um filho, estes sentem a necessidade de expressar a sua dor, poder partilhar os seus sentimentos e sensações perante a perda. No que diz respeito ao processo de luto, a qualidade na rede de suporte pode representar um fator de proteção, de segurança, com a participação da família e amigos nos atos de rituais fúnebres (Lacana, 2023). Estes aspetos são fundamentais para um bom desenrolar do processo de luto, para que este possa ser vivido de forma “saudável”, adaptativa e ajustada. É ainda necessário a promoção e implementação da autorregulação emocional do casal, para que estes encontrem uma forma de gerir melhor as suas emoções e expressar as suas necessidades (Gabriel et al, 2021; Arruda et al., 2021).

Suporte psicológico na gravidez

O luto gestacional pode acarretar graves prejuízos e repercussões para os pais, familiares e inclusive para a equipa de saúde presente na obstetrícia. Por essa razão, é de extrema importância que haja um acompanhamento psicológico neste departamento médico. Por vezes, a equipa não se encontra preparada para dar resposta aos pais, havendo, de vez em quando, a ausência de estratégias e mecanismos de coping para enfrentar o luto gestacional, a dor e a angústia, que caracteriza este tipo de luto, e ainda, a forma de enfrentar a morte e o impacto que esta pode ter numa unidade de obstetrícia (Muza et al., 2013; Unicatólica et al., 2023). Posto isto, o psicólogo é o profissional que detém a melhor formação e preparação para viabilizar a expressão do luto. É na psicologia que a mãe e o casal podem pedir ajuda e serem acompanhados para dissipar a sua dor psíquica resultante de uma perda, tornando-se fundamental receberem apoio emocional (da Silva, 2018). É crucial que o casal possa expressar, se permita a viver, sentir, refletir, assimilar e aceitar, para poder começar o processo de luto e, em nenhuma circunstância, negar a existência da perda. Contudo, cada elemento do casal, necessita de tempo para elaborar o seu luto, a perda do seu bebé, sem pressas, cada um vive o seu luto de uma forma muito particular, somos únicos, por essa razão, não se deve estipular um “*timing*”. Cada um tem as suas necessidades, características, expectativas, sonhos, uma história, portanto, não deverá ser pressionado pela família ou pela equipa médica (Gesteira et al., 2006; Lopes et al., 2019).

De referir que existem aspetos que podem influenciar o processo de luto, entre eles é a intervenção dos profissionais da equipa médica face ao reconhecimento da perda do filho, este fator é visto pelos pais como um cuidado que recebem, tendo um impacto positivo na elaboração do luto. De salientar que, no caso de não haver uma

intervenção adequada junto ao casal, poderá incorrer num grave risco de o luto se tornar patológico, não adaptativo e prolongado no tempo (Lopes et al., 2019; Silveira, 2021).

Fatores de risco

Perdas gestacionais e a perspetiva de uma gravidez subsequente

A literatura enfatiza a ideia de que se torna necessário a elaboração do luto sempre que existe uma perda, quando um vínculo significativo é quebrado. Então, o luto perinatal deverá merecer uma especial atenção, pois um dos elos mais importantes do ser humano, é exatamente a ligação afetiva, o vínculo que começa a estabelecer-se entre mãe e filho, ainda mesmo, no seu ventre (Canavarro, 2006; Faria-Schülter et al., 2014; Vizinha, 2020).

Segundo alguns estudos realizados com gestantes com anteriores perdas gestacionais, verificou-se que a possibilidade de uma futura gravidez após uma perda gestacional poderá proporcionar a estas mães uma experiência com um misto de sentimentos, entre um medo aterrador de voltar a perder o bebé numa nova gestação e o desejo de querer ser mãe (Nazaré et al., 2011; Lemos & Cunha, 2015; da Silva Tavares et al., 2023).

Atualmente, começa a surgir um novo termo dedicado ao futuro bebé após a perda outro, numa anterior gestação. Associações, grupos de apoio e entajuda de mães em luto gestacional, começaram a atribuir o termo “bebé arco-íris”, ao bebé que nasce após uma perda gestacional. Segundo relatos de mães enlutadas referem que esta simbologia está relacionada com, após uma “tempestade”, nasce um arco-íris. Isto é, após a perda de um filho, em que os pais vivem uma experiência tão dolorosa, uma nova gravidez e o nascimento de outro filho, poderá tornar-se um renovar de esperança, felicidade e amor (Silva, 2020). Desconhece-se o autor do termo, no entanto, foi

adotado e tem sido divulgado pelas redes sociais em contexto de grupos de entreajuda entre pais com perdas gestacionais, designando-se pais de bebés arco-íris. Neste sentido, a comunidade científica tem procedido a vários estudos sobre a experiência de pais após uma perda gestacional, para observar o esforço dessas mulheres para conseguirem manter um equilíbrio físico e psíquico (Duarte & Turato, 2009; Vidal, 2010; de Sousa & Almeida, 2020, Silva, 2020).

Em estudos realizados com mães com perdas gestacionais, foi verificada a evidência de aspetos positivos quando envolve a vontade de ser mãe e investir em desejos e fantasias num novo bebé. No entanto, também surgem repercussões negativas, como o facto da mãe, por medo, pelas cicatrizes deixadas devido à perda anterior de um filho, voltar a perder novamente um novo bebé (Lemos & Cunha, 2015; Martins, 2019; Teodózio et al., 2022). O que poderá indiciar um receio que causará um impacto negativo no investimento numa gravidez subsequente ou, no caso de uma nova gravidez, por receio, não estabelecer uma ligação afetiva, o que seria desejável e expectável. A maternidade deverá ser um momento marcante, onde é importante haver condições para ser vivido com tranquilidade e felicidade, com um projetar de sonhos e planos para o futuro do seu bebé (Freire, 2012).

Atualmente, têm surgido vários estudos sobre perdas gestacionais e as experiências maternas durante uma gravidez subsequente, com a expectativa do nascimento de um bebé arco-íris e no apoio dado pelos profissionais das unidades de obstetrícia (Silva, 2020; Teodózio et al., 2020; Resende, 2021). De realçar a importância da existência de um ambiente suficientemente bom para fornecer a estas mães os recursos necessários para haver um meio acolhedor e compreensivo, sendo fundamental para o decorrer de uma gravidez subsequente com tranquilidade e com o

estabelecimento físico e psíquico (Resende, 2021). Ainda na perspectiva da obra winnicottiana, torna-se de extrema importância que este apoio seja sustentável e prolongado no tempo, para que a mãe e o bebé possam sentir-se emocionalmente sustentados não apenas durante a gravidez, mas também ao longo dos primeiros anos de vida da criança (Winnicott, 1983).

Repercussões na estrutura e na dinâmica familiar

Como foi anteriormente referido, a circunstância da morte e o vínculo entre o indivíduo enlutado e a pessoa perdida pode constituir um fator agravante, como é o caso, de uma perda inesperada ou prematura. Cada perda pode implicar vários tipos de reação e necessidades diferentes de ajustamento familiar, principalmente, se a morte for súbita, tal como uma perda no parto, por aborto espontâneo ou provocado, onde não há lugar a um luto antecipatório. Este facto pode motivar um surgimento de sentimento de culpa que pode influenciar, de forma negativa, novas tentativas de gravidezes subsequentes. O aborto é uma perda que exige um acompanhamento efetivo do pai e dos seus familiares, para evitar o desenvolver de situações traumáticas que podem gerar conflitos entre o casal e motivar a separação do mesmo (Brandão & Chalhub, 2009; de Sousa & Almeida, 2020; Visintin et al., 2020).

Neste período pode estar presente, angústia, tensão, falha de comunicação e conflitos na vida do casal e da família, provocando assim, uma rutura, mesmo que temporária, na homeostase do sistema familiar. Para evitar tal situação, é importante que este sistema tenha condições para se readaptar, para isso é necessário haver uma reorganização das relações e investimento de novos papéis no sentido de promover um bom funcionamento familiar. A vivência de um luto gestacional pode originar um evitamento ao falar sobre o assunto numa tentativa de proteger o casal. O facto de ser

um luto não reconhecido provoca, igualmente, um isolamento social, o casal acaba por sofrer, escondido e em silêncio (Santos, 2015; Vescovi & Levandowski, 2023).

Relativamente aos filhos sobreviventes, a literatura diz-nos que alguns pais enlutados demonstram sentimentos de ambivalência, ou seja, por um lado têm medo de investir afetivamente nestes filhos com receio de os perder, por outro lado, podem superprotegê-los para poderem evitar que algo lhes aconteça e, com isso, poder perder esses filhos (Brandão & Chalhub, 2009). De referir que existem estudos que demonstram que alguns pais referem ter dificuldades em gerir as emoções, não tendo disponibilidade emocional para os seus filhos devido ao sofrimento da perda em resultado da experiência devastadora e traumática da morte do filho em fase de gestação (Gabriel et al., 2021).

Quanto ao surgimento de uma nova gravidez, após uma perda gestacional, a literatura refere que existe um risco do bebé ser visto pelos seus pais como reparador da perda anterior, podendo, inclusive, ser um substituto do bebé perdido (Santos, 2015; Teodózio et al., 2022; da Rosa, 2020).

Porém, é de salientar que os filhos representam um reforço positivo no que se refere à elaboração do processo de luto gestacional dos seus pais. Isto porque, existe a necessidade destes terem de continuar a cuidar dos filhos existentes, o que reduz de uma forma muito significativa os sentimentos de ideação suicida por parte das mães. Nesta mesma sequência, os estudos demonstram que uma gravidez subsequente pode funcionar como um fator de proteção face à patologia de luto patológico (Gabriel et al, 2021; Vescovi & Levandowski, 2023).

Por esta razão, é importante haver um acompanhamento psicológico no luto gestacional para promoção de uma comunicação aberta, livre de sentimentos de culpa e

vergonha, constrangimentos, sem juízos de valor, o que será muito benéfico para pais e filhos. As crianças, por outro lado, são muito perspicazes e curiosas, procurando respostas para estas questões que transcendem o seu pensamento e percepção, o que é a perda (Lima, 2007). Quando as suas dúvidas não são esclarecidas, poderá causar situações ansiosas e traumáticas, podendo afetar o seu equilíbrio psíquico e emocional de forma irreparável no seu desenvolvimento futuro. Para isso, é aconselhável haver uma adoção de estratégias de comunicação e de aquisição de atividades lúdicas associadas a momentos de bem-estar, entre pais e filhos, para manter um sistema familiar funcional e adaptativo às circunstâncias da perda gestacional (Lopes, 2013). Porém, é possível que os pais sintam, que de alguma forma, estejam a “trair” a memória do filho perdido, com o restabelecimento da dinâmica familiar. No entanto, o casal deverá integrar a perda na sua vida, fazendo um ajustamento da existência das memórias do filho, com a necessidade de estarem presentes na vida dos filhos existentes e, se for o caso, sentirem-se preparados para a chegada de um novo elemento na família (Gabriel et al., 2021; Leal & Moreira, 2017).

Hipóteses de Investigação

Face ao exposto, tendo como base a revisão da literatura e o objetivo geral anteriormente apresentado, considerou-se delinear as seguintes hipóteses de investigação:

Hipótese 1 (H1): Espera-se encontrar uma associação positiva significativa entre os sintomas emocionais negativos (nomeadamente, a depressão, a ansiedade e o stress) e a intensidade do luto perinatal (no score médio total do luto, bem como, nas suas dimensões de luto ativo, dificuldades de coping e desespero).

Hipótese 2 (H2): Espera-se encontrar uma associação positiva significativa entre os sentimentos pessoais da vergonha e da culpa e a intensidade do luto perinatal (no score médio total do luto, bem como, nas suas dimensões de luto ativo, dificuldades de coping e desespero).

Hipótese 3 (H3): Espera-se encontrar uma associação negativa significativa entre a satisfação com o suporte social e a intensidade do luto perinatal (no score médio total do luto, bem como, nas suas dimensões de luto ativo, dificuldades de coping e desespero).

Hipótese 4 (H4): Espera-se encontrar uma associação negativa significativa entre a satisfação conjugal e a intensidade do luto perinatal (no score médio total do luto, bem como, nas suas dimensões de luto ativo, dificuldades de coping e desespero).

Hipótese 5 (H5): Espera-se encontrar associações significativas entre os vários potenciais preditores da intensidade do luto perinatal, ou seja, associações entre os sintomas emocionais negativos – ansiedade, depressão e stress -, os sentimentos pessoais da vergonha e da culpa, satisfação com o suporte social e satisfação conjugal.

Hipótese 6 (H6): Espera-se encontrar diferenças nas variáveis em estudo, particularmente nas quatro dimensões da Escala de Intensidade do Luto Perinatal (scores médios de luto ativo, dificuldades de coping, desespero e score total), de acordo com as variáveis sociodemográficas (e.g., idade – enquanto variável escalar e variável ordinal - escolaridade, estado civil, situação profissional, agregado familiar e religião) e variáveis clínicas e médicas (e.g., número de gravidezes - gravidez planeada, desejada e vigiada -, utilização de tratamento de infertilidade, a prevalência de gravidez de risco, número de perdas gestacionais - aborto espontâneo, interrupção voluntária da gravidez e interrupção médica da gravidez -, a existência de infertilidade prolongada,

conhecimento da causa da perda gestacional, o processo de luto – estar em luto ativo e não estar em luto ativo e o recurso a intervenção psicológica).

Hipótese 7 (H7): É esperado que as variáveis em estudo, as variáveis sociodemográficas, clínicas e médicas, os sintomas emocionais negativos – ansiedade, depressão e stress -, os sentimentos pessoais da vergonha e da culpa, a satisfação com o suporte social e satisfação conjugal, sejam preditores significativos da intensidade do luto perinatal.

Método

O presente estudo, de natureza quantitativa, transversal e correlacional, recorreu a uma amostragem do tipo não probabilístico, por conveniência.

Com o intuito de dar a conhecer e divulgar o presente estudo, houve um contacto inicial com algumas associações e grupos de apoio ao luto, entre as quais se destacam as associações “Amor Para Além da Lua” e “Pais Coragem”. Estas associações dispuseram-se, desde logo, a colaborar na divulgação do estudo, através das redes sociais, mais propriamente, no *Facebook* e no *Instagram*. Também a investigadora recorreu às redes sociais para a divulgação do estudo.

Participantes

Seguindo o critério conceptual, recorreu-se à literatura sobre o tema do luto gestacional, as experiências vividas pelas mães, repercussões na relação conjugal e as suas implicações numa futura gravidez. Com o intuito de definir o tamanho da amostra para que esta fosse mais significativa, foi consultado a literatura, com especial atenção à metodologia utilizada por estes estudos, podemos destacar os estudos realizados por Mourão (2016), Cunha et al. (2016) e ainda, de Oliveira (2020). Com base nesta consulta foi possível definir, que seria conveniente para o presente estudo, uma amostra de 166 participantes.

No processo de seleção das participantes foi utilizado um procedimento de amostragem não probabilístico, sendo a amostra composta por 166 participantes ($n = 166$), as quais foram seleccionadas por conveniência. Isto é, as mulheres para

participarem deveriam estar em luto por perda gestacional, utilizassem as redes sociais e/ou pertencessem a grupos de apoio de mulheres em de luto gestacional.

De salientar que as participantes da amostra deveriam preencher determinados critérios de inclusão, os quais foram definidos da seguinte forma:

- As participantes deveriam ter idades superiores a 18 e sem limite de idade;
- Incluir mulheres com perdas gestacionais;
- Poderão participar todas as mulheres, sem condicionantes de estado civil, escolaridade, situação profissional ou familiar;
- As perdas gestacionais podem ser de causas conhecidas ou desconhecidas;
- As mulheres deverão ter fluência na compreensão da língua portuguesa para responderem aos questionários;
- Participar de forma voluntária no estudo;
- As participantes deverão ser de nacionalidade portuguesa.

Para critérios de exclusão de participantes podemos destacar os seguintes pontos:

- Mulheres que tenham dificuldade na compreensão da língua portuguesa, pois estará em risco, a compreensão das questões fundamentais dos questionários;
- Mulheres com idades menores a 18 anos;
- Mulheres sem perdas gestacionais.

Com o intuito de tornar a amostra, o mais significativa possível e enriquecida do ponto de vista de recolha de informação, será necessário recorrer dados sobre o historial clínico e médico, desde o número de gravidezes, o número de perdas, o tipo da perda, as

condicionantes da gravidez e a circunstância da perda gestacional. Por isso, foram consideradas para o referido estudo, todas as experiências vividas por mulheres e com idades diferentes. A opção de não incluir as semanas de gestação no momento da perda, prende-se com o facto de se acreditar que a vivência do luto gestacional, como sendo um momento doloroso e marcante na vida de uma mãe, não resulta da altura gestacional ou do tempo de vida do bebé. Sobre esta questão, Dias (2012) cita Biscaia e Sá dizendo que, “um bebé não nasce após 9 meses de gravidez, nasce, quando nasce, na imaginação dos pais”. Este conceito torna-se muito importante perante o fenómeno da maternidade quando, se pretende perceber as diferenças que possam existir entre duas mulheres que estão com o mesmo tempo gestacional. Para além disso, entender o que pode representar a gravidez e o estar grávida, e ainda, a sua perspetiva e experiência vivida por cada gestante com semanas diferentes de gravidez.

Caraterização da amostra

Após a descrição do procedimento para a seleção das participantes, segue-se a caraterização sociodemográfica da amostra, a qual estará apresentada nas tabelas 1 e 2.

Relativamente à amostra, as participantes tem em média 36 anos ($M = 36.88$; $DP = 7.70$) encontrando-se entre os 18 e os 76 anos.

Tabela 1

Caraterização da amostra

Dados Sociodemográficos	N	%
Estado Civil		
Solteira	18	10.8
Casada	96	57.8
União de Facto	50	30.1
Divorciada	1	0.6
Viúva	1	0.6
Escolaridade		
2.º Ciclo Ensino Básico (6.º ano)	1	0.6
3.º Ciclo Ensino Básico (9.º ano)	7	4.2
Ensino Secundário (12.º ano)	49	29.5
Licenciatura/Bacharelato	80	48.2
Mestrado	27	16.3
Doutoramento	2	1.2
Situação Profissional		
Empregada	139	83.7
Desempregada	13	7.8
Estudante	4	2.4
Outra	10	6.0
Agregado Familiar		
Vive sozinha	6	3.6
Vive sozinha com filhos	2	1.2
Vive com marido/companheiro	67	40.4
Vive com pais	6	3.6
Vive com marido/companheiro e filhos	85	51.2
Religião		
Sim	116	69.9
Não	50	30.1

As participantes da amostra são de nacionalidade portuguesa. Sendo este um dos critérios de inclusão e necessário para a compreensão da língua portuguesa no preenchimento do questionário. E ainda, ao facto das escalas que se encontram no mesmo estarem validadas para a população portuguesa.

Segundo a análise descritiva da amostra constante na tabela 1, a reportar que no que diz respeito ao estado civil a maioria das participantes, 96 são casadas com (57.8%), 50 vivem em união de facto (30.1%). A seguir surge 18 como solteiras (10.8%) e por fim, apresentando-se em minoria, 1 divorciada (0.6%) e 1 viúva (0.6%).

Relativamente às habilitações académicas poderá verificar-se que a maioria das participantes, 80 têm licenciatura/bacharelato (48.2%), a seguida surge 49 com o ensino secundário (29.5%) e ainda 27 com o mestrado (16.3%). Com valores mais residuais aparece-se 7 participantes com o 3.º ciclo ensino básico (4.2%), 2 com doutoramento (1.2%) e por último, 1 participante com o 2.º ciclo ensino básico (0.6%).

Na situação profissional, a esmagadora maioria das participantes 139 estão empregadas (83.7%) contra 13 que estão desempregadas (7.8%). Com outro estatuto laboral surge 10 participantes (6.0%) e 4 estudantes (2.4%).

Na composição do agregado familiar, é possível observar que a maioria, 85 das participantes, vivem com o marido/companheiro e filhos (51.2%), 67 vivem com o marido/companheiro (40.4%). Apenas, 6 participantes (3.6%) das participantes vivem sozinhas, 6 vivem com os pais (3.6%) e 2 vivem sozinhas com os filhos (1.2%).

Uma das questões colocadas às participantes estava relacionada com o facto de ter ou não religião, 116 responderam que tinham religião (69.9%) e 50 afirmaram que não tinham (30.1%).

Tabela 2

Estatística descritiva das variáveis clínicas e médicas da amostra

Dados sociodemográficos	N	%
Número de Gravidezes		
1	51	30.7
2	39	23.5
3 ou mais	76	45.8
Gravidez Planeada		
Sim	130	78.3
Não	36	21.7
Gravidez Desejada		
Sim	162	97.6
Não	4	2.4
Gravidez Viglada		
Sim	156	94.0
Não	10	6.0
Tratamento de Infertilidade		
Sim	29	17.5
Não	137	82.5
Gravidez de Risco		
Sim	93	56.0
Não	73	44.0
Perda Gestacional		
1	107	64.5
2	32	19.3
3 ou mais	27	16.3

Dados sociodemográficos	N	%
Aborto Espontâneo		
Sim	114	68.7
Não	52	31.3
Interrupção Voluntária de Gravidez		
Sim	16	9.6
Não	150	90.4
Interrupção Médica de Gravidez		
Sim	36	27.7
Não	130	72.3
Infertilidade Prolongada		
Sim	38	22.9
Não	128	77.1
Causa da Perda Gestacional		
Causa Desconhecida	103	62.0
Causa Conhecida	63	38.0
Já teve ou está a efetuar algum tratamento		
Psicológico/Psiquiátrico		
Sim	83	50.0
Não	83	50.0

Para além destas questões, o questionário sociodemográfico e clínico teve uma vertente associada ao historial obstétrico e à perda gestacional com o intuito de ajudar a caracterizar melhor a amostra (tabela 2).

Relativamente ao historial obstétrico verificou-se que 76 das participantes responderam que tiveram um número de 3 ou mais gravidezes (45.8%), seguidamente, 51 tiveram 1 gravidez (30.7%) e finalmente, 39 com 2 gravidezes (23.5%). Ainda relacionada com o historial obstétrico de referir que 130 das gravidezes foram planeadas (78.3%), 162 foram desejadas (97.6%) e 156 foram vigiadas (94.0%). Em contraponto existiram 36 gravidezes não planeadas (21.7%), 10 não foram vigiadas (6%) e 4 das gravidezes não foram desejadas (2.4%).

Da amostra, 137 das participantes responderam que não recorreram a tratamentos de infertilidade (82.5%) e 29 afirmaram que recorreram a tratamentos de fertilidade (17.5%).

No tópico relacionado com a gravidez de risco, constatou-se que 93 das mulheres tiveram gravidez de risco (56%) e 73 afirmaram que esse fator não esteve presente no seu historial obstétrico (44%).

Na vertente da perda gestacional foi visível que a maioria das participantes 107 tiveram 1 perda (64.5%), com 2 perdas surge 32 das participantes (19.3%) e com um valor próximo, aparece 27 das participantes com 3 ou mais perdas gestacionais (16.3%). Ainda nesta sequência e sobre a circunstância da perda, segue com um valor mais alto o aborto espontâneo com 114 das participantes (68.7%), 36 participantes com interrupção médica de gravidez (27.7%) e com o valor mais baixo, 16 casos de interrupção voluntária da gravidez (9.6%).

A questão da infertilidade prolongada foi mencionada por 38 participantes (22.9%), enquanto, 128 das participantes referiram que esta situação não foi uma condicionante no processo de gravidez (77.1%).

Ainda sobre a perda gestacional, 63 das participantes referiram que tiveram conhecimento da causa da perda (38.0%) contra 103 que responderam que não obtiveram essa informação (62%).

No que respeita ao historial clínico, foi questionado às participantes a existência anterior ou permanência de algum tratamento psicológico/psiquiátrico. Nesta questão registou-se valores iguais nas duas hipóteses de resposta. Isto é, metade da amostra, 83 participantes (50%) responderam que já tiveram ou ainda mantêm um tratamento psicológico/psiquiátrico contra 83 que disseram que nunca tiveram nenhum tipo de acompanhamento ou apoio psicológico (50%).

Instrumentos de avaliação

A investigadora começou por divulgar o inquérito para a recolha de informação através das redes sociais e junto de associações ligadas ao luto gestacional. As participantes preencheram o mencionado questionário a partir de um *link* ou por *keycode*. Neste inquérito constava o Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala de Satisfação com o Suporte Social; a Escala de Intensidade do Luto Perinatal; a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; o Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa e a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.

Questionário Sociodemográfico e Clínico

No que se refere ao questionário sociodemográfico e clínico, este foi aplicado para recolher informações pessoais da mulher e do seu agregado familiar, de cariz clínico e médico, isto é, acerca da gravidez e da causa e tipo da perda gestacional. Nele

estão incluídas as variáveis: a idade da mãe; o estatuto socioeconómico, académico, laboral e conjugal da mãe; o número de gravidezes; a composição do agregado familiar; as circunstâncias da gravidez, onde conste a questão do planeamento e o desejo da referida gravidez; o historial obstétrico onde deverá estar incluído o número de gravidezes, assim como, o número de perdas; os dados relativos à perda gestacional, o motivo da perda gestacional e se a causa da perda é conhecida ou desconhecida e, por último, a informação sobre o acompanhamento psicológico/psiquiátrico anterior e atual (Anexo N). A aplicação do questionário sociodemográfico, clínico e médico tem como propósito a caracterização da nossa amostra para perceber as características das nossas participantes, as suas particularidades. Para poder correlacionar esses aspetos com a avaliação das escalas aplicadas, que vão desde a satisfação nas várias áreas da vida conjugal, a satisfação com o suporte social, os sintomas emocionais negativos, como a ansiedade, a depressão e o stress, os sentimentos pessoais, onde se destacam a vergonha e a culpa e o que, estas dimensões podem impactar na intensidade do luto perinatal (Santos, 2015).

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Escala de Satisfação com o Suporte Social foi construída com o objetivo de medir a satisfação com o suporte social existente, assumindo assim, a diretiva já existente de Wethington e Kessler (1986), em que as medidas de perceção de suporte social explicam melhor a saúde do que as de suporte social tangível. Esta versão é composta por 20 itens que refletem a satisfação dos indivíduos com a sua vida social, nomeadamente, a satisfação com o outro, exemplo disso, são os familiares e os amigos e com as atividades sociais que desenvolvem.

Na ESSS versão e adaptação para a população portuguesa, esta foi criada e desenvolvida por Pais-Ribeiro em 1999, com o objetivo de compreender e operacionalizar o grau de satisfação nos diferentes níveis com o suporte social percebido. Esta escala é composta por 15 afirmações de autoavaliação com autopreenchimento em que a participante deverá assinalar o grau em que concorda com cada afirmação, em que as respostas aos itens variam numa escala de Likert com cinco níveis: A - Concordo Totalmente; B - Concordo na Maioria Parte; C - Não Concordo nem Discordo; D - Discordo na Maior Parte e, E - Discordo Totalmente. Os itens 4, 5 e 9-15 têm de ser invertidos. Os 15 itens dividem-se em 4 dimensões, as quais focam-se em diferentes aspetos do suporte social: 1) SA (Satisfação com amigos) que inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15), 2); IN (Intimidade) que inclui quatro itens (1, 4, 5, 6), 3); SF (Satisfação com a família) que inclui três itens (9, 10, 11) e, por último, 4) AS (Atividades sociais) que inclui três itens (2, 7, 8). O total é recolhido através das respostas aos 15 itens e resulta na pontuação total da escala, sendo que a pontuação pode variar entre 15 e 75 e, quanto maior for a perceção de suporte social, maior será a pontuação obtida na escala. Sendo assim, a aplicação desta escala proporcionará a avaliação da satisfação das participantes em relação ao seu suporte social percebido e a sua relação com a saúde e o bem-estar, qualidade de vida e mal-estar.

As várias escalas deste instrumento têm a seguinte consistência interna: a) Satisfação com amigos ($\alpha = .83$), b) Intimidade ($\alpha = .74$), c) Satisfação com a família ($\alpha = .74$) e d) Atividades sociais ($\alpha = .64$). Somando todos itens obtém-se uma Escala Total cuja consistência interna é boa ($\alpha = .85$), (Ribeiro, 1999).

Escala de Intensidade do Luto Perinatal

A Escala de Intensidade do Luto Perinatal pretende avaliar as diferentes dimensões sobre o luto perinatal. Esta recai em respostas subjetivas e auto-avaliativas, sobre o grau e a frequência com que as participantes sentem as diferentes dimensões associadas ao luto. Os sentimentos e pensamentos durante um período de seis meses após a perda são, assim, tidos em conta para responder aos itens. Esta escala foi desenvolvida através da escala original de Toedter em 1998, Perinatal Grief Scale e adaptada na versão portuguesa para Escala de Intensidade do Luto Perinatal por Mendonça em 2018.

Apesar desta escala ter sido construída com base nas dimensões teóricas do luto, como descrença, raiva, solidão e culpa, a análise fatorial dos dados permitiu conceptualizar uma estrutura tri-fatorial (Potvin et al., 1989).

Sendo assim, a primeira subescala tem a designação de Luto Ativo e inclui onze itens (1, 3, 5-7, 10, 12-14, 19, 27), que destacam a tristeza, a saudade do bebé e o choro pela perda. A segunda subescala definiu-se como Dificuldades de Coping e inclui onze itens (2, 4, 8, 11, 21, 24-26, 28, 30, 33), que sugerem dificuldade em executar tarefas diárias e sociais, potencialmente indicadores de depressão. A última subescala foi designada como Desespero e utiliza onze itens (9, 15-18, 20, 22, 23, 29, 31, 32), que remetem para sensações de desesperança e de inutilidade. Nestes três fatores, é necessário inverter todos os itens, à exceção do item 11 e do item 33.

As várias escalas deste instrumento demonstraram a seguinte consistência interna: a) Luto Ativo ($\alpha = 0.92$), b) Dificuldade de Coping ($\alpha = 0.91$), c) Desespero ($\alpha = 0.86$) (Potvin et al., 1989).

Esta escala demonstra que quanto maior for a pontuação na primeira subescala, maior será a probabilidade da existência de um luto ativo, na segunda subescala pode

identificar indicadores de depressão, se os valores forem altos e, por fim, na terceira subescala, a existência de uma pontuação alta poderá evidenciar que a participante se encontra num quadro de desespero e de inutilidade. Isto para avaliar a dimensão do luto em que a participante se encontra (Potvin et al., 1989).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS)

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) refere-se à escala com adaptação para a população portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). Esta última foi criada por Lovibond e Lovibond em 1995 e a sua adaptação portuguesa teve a contribuição de Pais-Ribeiro, Honrado & Leal em 2004. A escala EADS trata-se de uma medida de autorrelato, a qual é composta por 21 itens divididos em três subescalas constituídas por sete itens cada. Os itens são frases afirmativas e que remete para sintomas emocionais negativos, a escala de resposta é de tipo Likert, variando entre 0 - não se aplicou nada a mim, até 3 - aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Os sujeitos são avaliados numa extensão em que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade ou frequência: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim de muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. A EADS é dirigida a indivíduos com mais de 17 anos. Em cada escala tem associado vários conceitos, nomeadamente: Depressão, a qual inclui a Disforia (dois itens); Desânimo, (dois itens); Desvalorização da vida (dois itens); Auto-depreciação (dois itens); Falta de interesse ou de Envolvimento (dois itens); Anedonia (dois itens); Inércia (dois itens), esta escala caracteriza-se pela perda de autoestima e de motivação, associada ao baixo sentido de vida e produtividade no sentido de alcançar objetivos de vida significativos; Ansiedade inclui, Excitação do Sistema Autónomo (cinco itens); Efeitos Músculo Esqueléticos

(dois itens); Ansiedade Situacional (três itens); Experiências Subjetivas de Ansiedade (quatro itens) caracterizada pelos estados ansiosos persistentes e pelas respostas de medo intenso e por fim, *Stress*, Dificuldade em Relaxar (três itens); Excitação Nervosa (dois itens); Facilmente Agitado/Chateado (três itens); Irritável/Reacção Exagerada (três itens); Impaciência (três itens), caracterizado pelos estados de excitação e tensão, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão. A subescala da Depressão inclui os itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21, a subescala da Ansiedade agrega os itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e os itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 fazem parte da subescala do Stress. O total na subescala da Depressão varia entre 0 e 9, já na subescala da Ansiedade varia entre 0 e 7 e entre 0 e 14 no Stress. Valores considerados “ligeiros” variam entre 10 e 13 para a Depressão, 8 e 9 na subescala da Ansiedade e 15 e 18 no Stress. Valores “moderados” de Depressão oscilam entre 14 e 20, entre 10 e 14 na Ansiedade e entre 19 e 25 no caso do Stress. Já os valores considerados “graves” variam entre 21 e 27 na Depressão, entre 15 e 19 na Ansiedade e entre 26 e 33 no que se refere ao Stress. Por fim, os valores ditos “extremamente graves” estão acima de 28 pontos para a Depressão, 30 pontos para a Ansiedade e 37 pontos para o Stress. Quanto à consistência interna, os valores são sempre elevados: Depressão, $\alpha = .94$, Ansiedade, $\alpha = .87$ e Stress, $\alpha = .91$.

Os resultados de cada escala são determinados consoante a soma dos resultados dos sete itens. A escala fornece três notas, uma por cada subescala, em que o mínimo é “0” e o máximo “21”. As notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos. Os itens da EADS de 21 itens foram seleccionados de forma que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois (Ribeiro et al., 2004).

Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa

A Escala de Vergonha e Culpa foi primeiramente desenvolvida por Harder e Greenwald em 1999, sendo mais tarde traduzida e adaptada em versão portuguesa por Geada em 2003.

Segundo Harder e Zalma (1990), a escala tende a medir o sentimento de vergonha e culpa, sendo que, a vergonha é definida como uma experiência de ser exposto à desaprovação dos outros, que pode ser percebido como real ou fantasia. No caso da culpa, esta pode estar associada ao sentimento de transgressão moral (Harder & Greenwald, 1999).

A culpa pode constituir-se como sentimento adaptativo, pretendendo-se com esta escala medir a sua frequência, de modo a diferenciar a sua existência dentro da normalidade daquilo que é patológico (Harder & Greenwald, 1999). As Escalas de Vergonha ($\alpha=.78$) e Culpa ($\alpha=.72$) estão incluídas no Questionário de Sentimentos Pessoais (Harder & Zalma, 1990) sendo constituídas por 22 itens, os quais constituem afirmações que designam diversos sentimentos que a pessoa pode experienciar, que vão desde “Sentir embaraço” a “Sentir culpa ligeiramente”. A escala utilizada é do tipo Likert, sendo que: 0 – nunca sinto, 1 – raramente sinto, 2 – sinto algumas vezes, 3 – sinto frequentemente e 4 – sinto sempre ou quase sempre. A dimensão vergonha é composta por oito itens (1, 3, 10, 12, 14,16,18 e 21) e a dimensão culpa por outros oito itens (2, 4, 6, 7, 8, 11, 17 e 22). Existem ainda seis itens nulos, sendo eles 5, 9, 13, 15, 19 e 20.

Esta escala tem como objetivo identificar o quanto a participante detém de sentimentos pessoais como culpa e vergonha, esta situação é demonstrada por uma pontuação alta nos referidos itens (Santos, 2015).

Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)

Por fim, o último instrumento a ser aplicado foi a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC). Esta escala foi criada por Narciso e Costa (1996) e é composta por 44 itens, nos quais avaliam a satisfação dos indivíduos relativamente a duas dimensões da conjugalidade: o funcionamento conjugal e o amor. Referente aos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38, o foco da avaliação é o casal, enquanto nos itens 8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44, o foco da avaliação é o outro. Nos restantes itens 9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43, o foco centra-se no próprio. Esta escala é do tipo Likert em seis pontos: nada satisfeito (1), pouco satisfeito (2), razoavelmente satisfeito (3), satisfeito (4), muito satisfeito (5) e completamente satisfeito (6). Nesta escala, é possível identificar sete subescalas: a intimidade emocional (itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44, sendo $\alpha = .96$), a sexualidade (itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28, sendo $\alpha = .93$), a comunicação/conflito (itens 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 22, sendo $\alpha = .91$), as funções familiares (itens 1, 2, 3 e 4, sendo $\alpha = .84$), a rede social (itens 7, 8 e 9, sendo $\alpha = .73$), a autonomia (itens 10, 11, 12 e 13, sendo $\alpha = .82$) e os tempos livres (itens 5 e 6, sendo $\alpha = .70$). Para que haja uma maior adequação ao tema aqui em estudo, assim como, para a amostra proposta, não serão tidas em causa, isto é, não serão utilizadas as subescalas: a sexualidade e os tempos livres, por não serem relevantes para a presente investigação. Com esta escala podemos verificar a existência de uma correlação entre a relação funcionamento conjugal, com a satisfação conjugal que, por sua vez, se apresenta como um fator para a consolidação de uma relação amorosa. Esta questão é verificada pela pontuação, quanto maior mais satisfação conjugal e maior será a classificação na relação amorosa (Santos, 2015).

Procedimentos

Relativamente aos procedimentos de seleção e recolha de dados, foi utilizada a aplicação de 6 instrumentos: o Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala de Satisfação com o Suporte Social, a Escala de Intensidade do Luto Perinatal, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, o Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa e, por último, a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, como forma de recolher dados para melhor compreender um fenómeno, atualmente, pouco estudado.

Antes da divulgação do estudo, foi solicitado junto dos autores de cada escala utilizada no questionário a devida autorização para a sua utilização via e-mail endereçado a cada um, sendo que a resposta foi afirmativa.

Os mencionados instrumentos serviram de base para aceder e caraterizar as variáveis do estudo e explorar as perceções e as experiências subjetivas de quem está a viver um luto perinatal e, ainda, os vários aspetos inerentes à intensidade do luto, a satisfação conjugal, a apreciação da satisfação com o suporte social e os sintomas emocionais negativos.

A investigadora começou por contactar associações e grupos de apoio ligados ao luto gestacional e divulgar nas redes sociais, dando a conhecer o estudo. Fez questão de demonstrar total disponibilidade para quaisquer dúvidas e/ou esclarecimentos relativos ao estudo, ou sobre o preenchimento do questionário que estava adjacente à divulgação.

No que diz respeito à divulgação nas redes sociais, optou-se por recolher a amostra mediante um inquérito realizado através da plataforma *Google Forms*, que decorreu no período de fevereiro até abril de 2024. O tratamento da análise dos resultados obtidos, assim como a discussão dos mesmos, teve lugar entre abril e agosto, do mesmo ano. O preenchimento *online* demorava sensivelmente 15 minutos. Os

questionários foram divulgados nas redes sociais, solicitando às mulheres que estivessem a passar por um processo de luto gestacional que participassem com o seu preenchimento, partilhando assim, a sua perceção das experiências vivenciadas durante a gravidez e a perda do seu filho. Tendo como objetivo, poder-se avaliar os resultados obtidos a partir das informações recolhidas junto das participantes. O estudo tinha como intuito estudar a dimensão do luto gestacional, os sintomas emocionais negativos, nomeadamente a depressão, a ansiedade e o stress, os sentimentos pessoais, entre os quais a vergonha e a culpa, a satisfação conjugal e o suporte social de mulheres que perderam um filho durante a gestação.

Na divulgação do estudo estava incluído um *link* e/ou um *keycode* de fácil acesso para que as participantes pudessem ter acesso ao inquérito de auto preenchimento. De referir que não houve quaisquer problemas no preenchimento do questionário, que fosse reportado pelas participantes. Porém, houve efetivamente alguns contactos sobre pedidos de esclarecimento sobre o estudo, isto porque, segundo o depoimento das participantes, era um tema pouco abordado e que “estranhamente” (sic). era pouco estudado. Nesta sequência de contactos houve várias mulheres que se dispuseram a participar de uma forma mais ativa no estudo, podendo dar o seu testemunho. Este facto demonstra a pertinência deste estudo, podendo ser realizado de uma forma mais aprofundada.

Para além do contacto feito a várias associações e grupos de apoio ligados ao luto gestacional, houve ainda, a divulgação nas redes sociais como o *Facebook* e o *Instagram*. De referir que a investigadora contactou, por e-mail, o Hospital Santa Maria, o Hospital Fernando da Fonseca e a MAC. Em resultado destes contactos, a investigadora foi contactada pelo Centro de Investigação do CHULC (projetos de

investigação GRAP/ULS São José) para anexar a documentação necessária para completar o dossier de submissão do projeto. Porém, verificou-se que todo o processo relacionado com as questões éticas e deontológicas e as questões relacionadas com a aprovação final por parte do Conselho de Administração tornava-se inviável, dado o prazo para entrega da dissertação. No entanto, a MAC expressou o interesse na realização deste estudo na área da Morte Fetal.

Junto ao inquérito *online* esteve presente o consentimento informado e a informação à participante esclarecendo os objetivos do presente estudo e como colaborar no mesmo. Além disso, houve a preocupação de fornecer a informação sobre a investigadora, da instituição e a orientadora que acolheu este estudo e ainda, os contactos telefónico e do *e-mail* da investigadora, caso fosse necessário, para eventuais esclarecimentos. Por último, o parecer ético favorável para o desenvolvimento do presente estudo. De referir que esteve presente as informações de que a participação deveria ser de forma voluntária, tendo em especial atenção o facto de salvaguardar as questões éticas como a confidencialidade dos dados pessoais das participantes. Para isso, foi solicitado o consentimento prévio antes do preenchimento do questionário e esclarecer os procedimentos previstos para a recolha dos dados, sendo estes unicamente utilizados para efeitos de investigação, assegurando total confidencialidade.

Relativamente à questão do modo de tratamento e armazenamento dos dados, estes serão salvaguardados, ficando à guarda da investigadora. No que diz respeito aos procedimentos éticos, estes serão igualmente salvaguardados ao abrigo dos princípios da Ordem dos Psicólogos Portugueses e da Comissão do Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada de Lisboa.

Os procedimentos de análise de dados passaram pela recolha de informação dos questionários e das escalas aplicadas às participantes, após este procedimento, houve lugar à análise dos dados, recorrendo à análise temática e através da utilização do programa de *SPSS – Statistical Package for the Social Sciences*.

Análise estatísticas dos dados

No que diz respeito ao tratamento estatístico dos dados, após a recolha dos mesmos, procedeu-se de forma criteriosa à fiscalização relativamente à base de dados. Todos os dados constantes das respostas ao questionário foram exportados do *Google Forms* e transportados para uma base de dados. O software utilizado foi o *software SPSS - versão 27*. Após a transferência e a avaliação dos dados, verificou-se que as participantes respeitaram os critérios que estavam adjacentes ao estudo, como, por exemplo, ter a nacionalidade portuguesa, ter idade igual ou superior a 18 anos e ter um ou mais episódios de perdas gestacionais.

Após a coleta dos dados, estes foram transcritos para uma ficha padronizada de *Excel* e, posteriormente, digitados no computador. Para proceder à análise estatística dos respetivos dados, recorrer-se-á ao *software* estatístico *IBM SPSS 27 - Statistical Package for Social Science*, última versão. Este *software* permite a utilização de dados em diversos formatos para gerar resultados, calcular estatísticas descritivas, conduzir estatísticas complexas para a elaboração de tabelas e gráficos.

Para o tratamento estatístico dos dados, houve a necessidade de examinar de uma forma mais criteriosa a possibilidade da existência de erros e *outliers*, o que não se verificou. Relativamente às estatísticas descritivas, foi indispensável verificar em termos de medidas de tendência central e de dispersão das variáveis avaliadas neste estudo. Para o efeito, houve a necessidade de efetuar análises ao nível da média, desvio-

padrão, mínimo e máximo para as variáveis intervalares e frequências para as variáveis nominais.

Numa primeira fase, com a utilização deste software, foram tratados a nível estatístico os dados recolhidos a partir do questionário sociodemográfico e Clínico a partir da amostra constituída pelas 166 mulheres. A amostra é composta por participantes que vivenciaram uma ou mais perdas gestacionais, não havendo nenhuma participante excluída, todas cumpriram os critérios de inclusão.

Para compreender a existência de alguma associação entre as várias variáveis presentes no estudo, procedeu-se à utilização do teste *Kolmogorov - Smirnov (K-S)* para verificação da normalidade e da assimetria da distribuição da amostra, procedimento necessário para a utilização de teste paramétrico.

Na análise descritiva, os dados categóricos foram apresentados em forma de tabelas, por frequências absolutas e relativas, enquanto os dados quantitativos foram apresentados por média, mínimo, máximo e respetivo desvio padrão.

Para a realização da análise dos dados relacionados com as associações entre as diversas variáveis existentes no estudo, procedeu-se a correlações entre a intensidade do luto e os preditores do luto e entre os preditores do luto entre si, constando as subescalas e o score total das escalas presentes no estudo. Por último, foi realizado uma correlação entre a Intensidade do Luto e a variável médica e clínica, Número de Gravidezes e entre a Intensidade do Luto e as variáveis sociodemográficas, Idade e Escolaridade. Neste procedimento, utilizou-se o teste paramétrico *Pearson Correlation* para realizar a correlação de *Pearson ou R de Pearson* com o objetivo de analisar e perceber a relação entre os preditores de luto entre si aplicadas no questionário. Para a variável

sociodemográfica ordinal escolaridade, foi realizada uma análise de correlação com o *Teste de Spearman*.

Posteriormente às correlações foi realizado o *Teste t* para amostras independentes para verificar a existência de possíveis diferenças entre os grupos das variáveis sociodemográficas, médicas e clínicas com os scores totais e as subescalas da intensidade do luto, dos sintomas emocionais negativos e sentimentos pessoais, a satisfação com o suporte social e a satisfação conjugal. Foi igualmente realizado, o *Teste t* para comparar os grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo relativamente aos Sintomas Emocionais Negativos, aos Sentimentos Pessoais, Satisfação com o Suporte Social e a Satisfação Conjugal.

Seguidamente foi utilizado o teste *ANOVA One Fator* para verificar a existência de possíveis diferenças, comparando os grupos das variáveis Estado Civil, Agregado Familiar e Tipo de Perda relativamente à Intensidade do Luto, aos Sintomas Emocionais Negativos e aos Sentimentos Pessoais.

Com o objetivo de identificar os preditores do Luto efetuaram-se análises de regressão linear múltipla para a predição das variáveis sociodemográficas, clínicas e médicas, das escalas sentimentos emocionais negativos, sentimentos pessoais, satisfação com o suporte social e satisfação conjugal relativamente aos scores luto total, luto ativo, dificuldades de coping e desespero.

De referir que a análise terá em consideração com p no valor padrão de 0,05 e intervalo de confiança de 95%.

Resultados

De seguida serão apresentados os resultados do estudo da amostra, os quais irão ser apresentados com a seguinte estrutura: (1) resultados descritivos para a avaliação das variáveis constantes no presente estudo, (2) estudos de associação entre as variáveis avaliadas neste estudo, (3) estudo das diferenças entre grupos das variáveis sociodemográficas, clínicas e médicas relativamente à intensidade do Luto, (4) estudo das diferenças entre grupos das variáveis clínicas e médicas relativamente aos preditores de luto e (5) apresenta-se modelos de predição onde constam as variáveis sociodemográficas, clínicas e médicas, os scores das escalas dos sintomas emocionais negativos - ansiedade, depressão e stress, os sentimentos pessoais, como a vergonha e a culpa, a satisfação com o suporte social e a satisfação conjugal como preditores significativos na intensidade do luto perinatal.

Resultados Descritivos

A tabela 3 apresenta, de uma forma mais sucinta, os resultados descritivos para a Intensidade do Luto Perinatal representada pelas suas subescalas.

Tabela 3

Resultados descritivos do Luto Ativo, Dificuldades de Coping, Desespero e Luto Total

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
Luto Ativo	39.93	9.14	16-55	-.648	.061
Dificuldades de Coping	32.11	9.39	11-53	-.240	-.547
Desespero	31.14	10.23	11-55	.070	-.374
Luto Total	103.18	26.94	41-159	-.277	-.298

Nota: M = média; DP = desvio-padrão; Min-Max = mínimo-máximo

Em relação aos valores apresentados na tabela 3 é possível verificar que as subescalas *Luto Ativo* ($M = 39.93$, $DP = 9.14$, $Min-Max = 16-55$, $Assimetria = -.648$, $Curtose = .061$) apresenta uma média superior às restantes subescalas, *Dificuldades de Coping* ($M = 32.11$, $DP = 9.39$, $Min-Max = 11-53$, $Assimetria = -.240$, $Curtose = -.547$), *Desespero* ($M = 31.14$, $DP = 10.23$, $Min-Max = 11-55$, $Assimetria = .070$, $Curtose = -.374$) e o *Luto Total* ($M = 103.18$, $DP = 26.94$, $Min-Max = 41-159$, $Assimetria = -.277$, $Curtose = -.298$). Posto isto, considerando os valores das médias, a subescala que demonstrou ter um valor mais baixo foi *Desespero* ($M = 31.14$, $DP = 10.23$, $Min-Max = 11-55$, $Assimetria = .070$, $Curtose = -.374$), esta dimensão negativa está relacionada com a vivência no processo de luto, no entanto, teve uma menor incidência nas respostas aos itens da respetiva subescala. Em contrapartida, registou-se uma maior concordância nos itens da subescala relativa à dimensão do *Luto Ativo* com o ($M = 39.93$, $DP = 9.14$, $Min-Max = 16-55$, $Assimetria = -.648$, $Curtose = .061$) o indícia que as participantes da amostra encontram-se em processo de luto. Os scores transformados da escala mostram que quanto mais o valor obtido em cada subescala estiver próximo de 100, haverá mais intensidade do luto. Porém, os resultados evidenciam valores médios baixos em relação ao luto perinatal.

Tabela 4

Resultados descritivos de Ansiedade, Depressão, Stress e EADS Total

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
Depressão	7.59	5,98	0-21	.766	-.404
Ansiedade	6.17	5.72	0-21	.895	-.200
Stress	8.93	5.22	0-21	.409	-.508
EADS Total	22.69	15.78	0-63	.738	-.311

Nota: EADS = Sintomas Emocionais Negativos; M = média; DP = desvio-padrão; Min-Max = mínimo-máximo

Em relação aos valores apresentados na tabela 4 é possível verificar que as subescalas *Depressão* ($M = 7.59$, $DP = 5.98$, $Min-Max = 0-21$, $Assimetria = .766$, $Curtose = -.404$), *Ansiedade* é de ($M = 6.17$, $DP = 5.72$, $Min-Max = 0-21$, $Assimetria = .895$, $Curtose = -.200$), *Stress* é de ($M = 8.93$, $DP = 5.22$, $Min-Max = 0-21$, $Assimetria = .409$, $Curtose = -.508$) e *EADS Total* ($M = 22.69$, $DP = 15.78$, $Min-Max = 0-63$, $Assimetria = .738$, $Curtose = -.311$). Considerando os valores das médias, a subescala que demonstrou um valor mais baixo foi a *Ansiedade* com o ($M = 6.17$, $DP = 5.72$, $Min-Max = 0-21$, $Assimetria = .895$, $Curtose = -.200$) com uma menor incidência nas respostas aos itens da respectiva subescala. Em contrapartida, registou-se uma maior concordância nos itens da subescala *Stress* com o ($M = 8.93$, $DP = 5.22$, $Min-Max = 0-21$, $Assimetria = .409$, $Curtose = -.508$). No entanto, os valores dos scores transformados em subescalas indicam que as respectivas médias apresentam valores baixos, tendo em conta que o valor de referência máximo de 100. Por essa razão, os baixos valores apresentam baixos índices de existência dos sintomas emocionais negativos na amostra.

Tabela 5

Resultados descritivos da Satisfação com o Suporte Social

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
Satisfação com Amigos	15.72	4.62	5-25	-.318	-.020
Intimidade	12.26	3.53	4-20	.201	-.408
Satisfação com Família	10.61	2.88	3-15	-.396	-.519
Atividades Sociais	7.40	2.89	3-15	.511	-.251
ESSS Total	45.99	10.46	19-75	.022	.074

Nota: ESSS = Satisfação Suporte Social; M = média; DP = desvio-padrão; Min-Max = mínimo-máximo

Em relação aos valores apresentados na tabela 5 é possível verificar que as subescalas *Satisfação com Amigos* ($M = 15.72$, $DP = 4.62$, $Min-Max = 5-25$, $Assimetria = -.318$, $Curtose = -.020$), *Intimidade* ($M = 12.26$, $DP = 3.53$, $Min-Max = 4-20$, $Assimetria = .201$, $Curtose = -.408$), *Satisfação com a Família* ($M = 10.61$, $DP = 2.88$, $Min-Max = 3-15$, $Assimetria = -.396$, $Curtose = -.519$), *Atividades Sociais* ($M = 7.40$, $DP = 2.89$, $Min-Max = 3-15$, $Assimetria = .511$, $Curtose = -.251$) e o *ESSS Total* ($M = 45.99$, $DP = 10.46$, $Min-Max = 19-75$, $Assimetria = .022$, $Curtose = .074$).

Considerando os valores das médias, a subescala que demonstrou um valor mais baixo foi *Atividades Sociais* com o ($M = 7.40$, $DP = 2.89$, $Min-Max = 3-15$, $Assimetria = .511$, $Curtose = -.251$), o que demonstra que as participantes não estão a participar em atividades de lazer. Em contrapartida, registou-se uma maior concordância nos itens da subescala *Satisfação com Amigos* com o ($M = 15.72$, $DP = 4.62$, $Min-Max = 5-25$, $Assimetria = -.318$, $Curtose = -.020$). Porém, os valores dos scores transformados em subescalas indicam que as respetivas médias apresentam valores baixos, tendo em conta que o valor de referência de 100. Com estes resultados poderá observar-se que as participantes, de uma forma geral, não estão satisfeitas com o seu suporte social.

Tabela 6

Resultados descritivos da Vergonha e da Culpa

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
Vergonha	9.63	6.34	0-26	.514	-.577
Culpa	12.73	6.31	2-30	.567	-.388
QSP Total	22.37	12.22	2-55	.543	-.561

Nota: QSP = Sentimentos Pessoais; M = média; DP = desvio-padrão; Min-Max = mínimo-máximo

Em relação aos valores apresentados na tabela 6 é possível verificar que as subescalas *Vergonha* é de ($M = 9.63$, $DP = 6.34$, $Min-Max = 0-26$, $Assimetria = .514$, $Curtose = -.577$), a *Culpa* é de ($M = 12.73$, $DP = 6.31$, $Min-Max = 2-30$, $Assimetria = .567$, $Curtose = -.388$) e *QSP Total* ($M = 22.37$, $DP = 12.22$, $Min-Max = 2-55$, $Assimetria = .543$, $Curtose = -.561$). Considerando os valores das médias do questionário, a subescala que demonstrou o valor mais baixo foi a *Vergonha* ($M = 9.63$, $DP = 6.34$, $Min-Max = 0-26$, $Assimetria = .514$, $Curtose = -.577$). Os valores dos scores transformados em subescalas indicam que as respectivas médias apresentam valores baixos, tendo em conta que o valor máximo de 100. Com estes resultados poderá observar-se que as participantes apresentam baixos índices de sentimentos pessoais como a vergonha e a culpa.

Tabela 7

Resultados descritivos da Satisfação Conjugal

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min.-Max.</i>	<i>Assimetria</i>	<i>Curtose</i>
Intimidade Emocional	76.76	23.86	18-108	-.611	-.564
Comunicação Conflito	27.18	9.80	7-42	-.216	-.950
Funções Familiares	14.66	4.90	4-24	-.060	-.601
Rede Social	11.49	3.78	3-18	-.129	-.608
Autonomia	16.21	5.38	4-24	-.263	-.832
EASAVIC Total	146.29	44.58	36-216	-.378	-.743

Nota: EASAVIC = Satisfação Conjugal; M = média; DP = desvio-padrão; Min-Max = mínimo-máximo

Em relação aos valores apresentados na tabela 7 é possível verificar que as subescalas *Intimidade Emocional* ($M = 76.76$, $DP = 23.86$, $Min-Max = 18-108$, $Assimetria = -.611$, $Curtose = -.564$), *Comunicação Conflito* ($M = 27.18$, $DP = 9.80$,

Min-Max = 7-42, Assimetria = -.216, Curtose = -.950), Funções Familiares (M = 14.66, DP = 4.90, Min-Max = 4-24, Assimetria = -.060, Curtose = -.601), Rede Social (M = 11.49, DP = 3.78, Min-Max = 3-18, Assimetria = -.129, Curtose = -.608), Autonomia (M = 16.21, DP = 5.38, Min-Max = 4-24, Assimetria = -.263, Curtose = -.832) e EASAVIC Total (M = 146.29, DP = 44.58, Min-Max = 36-216, Assimetria = -.378, Curtose = -.743). Considerando os valores das médias da escala, a subescala que demonstrou um valor mais baixo foi a *Rede Social (M = 11.49, DP = 3.78, Min – Max = 3-18, Assimetria = -.129, Curtose = -.608)*, verifica-se que as participantes não sentem apoio da sua rede social o que pode apresentar-se como um fator de risco na sua relação conjugal. Em contrapartida, registou-se uma maior concordância nos itens da subescala *Intimidade Emocional (M = 76.76, DP = 23.86, Min-Max = 18-108, Assimetria = -.611, Curtose = -.564)* o que indicia a existência de uma relação conjugal satisfatória. No entanto, os valores dos scores transformados em subescalas indicam que as restantes médias das restantes subescalas apresentam valores baixos, tendo em conta que o valor de referência 100.

Estudos de Associação

Tendo como objetivo analisar e compreender melhor a amostra e as possíveis associações, procedeu-se à realização de análises correlacionais entre: (1) a intensidade do luto e os sintomas emocionais negativos; (2) a intensidade do luto e os sentimentos pessoais da vergonha e da culpa; (3) a intensidade do luto e a satisfação com o suporte social e (4) a intensidade do luto e a satisfação conjugal.

A Intensidade do Luto Perinatal e os Sintomas Emocionais Negativos

Numa tentativa de perceber se existe alguma associação entre a intensidade do luto perinatal e os sintomas emocionais negativos, nomeadamente a depressão, a

ansiedade e o stress. Procedeu-se a uma verificação da normalidade e da assimetria da distribuição da amostra do estudo, que deverão estar de encontro com os pressupostos exigíveis para a utilização de um teste paramétrico. Foi realizado o teste *Kolmogorov-Smirnov*, o qual demonstrou os valores *Luto Ativo* ($p = .002$), as *Dificuldades de Coping* ($p = .200$), o *Desespero* ($p = .069$) e o *Luto Total* ($p = .200$). Relativamente aos sintomas emocionais negativos, a *Depressão* ($p = <.001$), a *Ansiedade* ($p = <.001$), o *Stress* ($p = <.001$) e o *EADS Total* ($p = <.001$). Neste seguimento, foi aplicado o Teste de Coeficiente de Correlação r de Pearson para verificar a existência de associações entre a Intensidade de Luto Perinatal e os Sintomas Emocionais Negativos (tabela 8).

Tabela 8

Associação entre a Intensidade do Luto Perinatal e os Sintomas Emocionais Negativos

	Depressão	Ansiedade	Stress	EADS Total
Luto Ativo	.457**	.355**	.356**	.419**
Dificuldades de Coping	.568**	.444**	.402**	.509**
Desespero	.480**	.449**	.365**	.466**
Luto Total	.535**	.446**	.399**	.497**

Nota: EADS = Sintomas Emocionais Negativos

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Verificou-se que existem várias associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Luto Ativo* e as subescalas *Depressão* ($r = .457$, $p = < 0.01$), *Ansiedade* ($r = .355$, $p = < 0.01$), *Stress* ($r = .356$, $p = < 0.01$) e o *Score EADS Total* ($r = .419$, $p =$

< 0.01). Verificou-se a existência de associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Dificuldades de Coping* e as subescalas *Depressão* ($r = .568, p < 0.01$), *Ansiedade* ($r = .444, p < 0.01$), *Stress* ($r = .402, p < 0.01$) e o *Score EADS Total* ($r = .509, p < 0.01$). Associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Desespero* e as subescalas *Depressão* ($r = .480, p < 0.01$), *Ansiedade* ($r = .449, p < 0.01$), *Stress* ($r = .365, p < 0.01$) e *Score EADS Total* ($r = .466, p < 0.01$). Associações moderadas positivas entre a subescala *Luto Total* e as subescalas *Depressão* ($r = .535, p < 0.01$), *Ansiedade* ($r = .446, p < 0.01$), *Stress* ($r = .399, p < 0.01$) e *Score EADS Total* ($r = .497, p < 0.01$). Face aos resultados poderá afirmar-se que, quanto maior for a intensidade do luto perinatal maior será a presença de sintomas emocionais negativos, nomeadamente, a depressão, a ansiedade e o stress.

A Intensidade do Luto Perinatal e os Sentimentos Pessoais da Culpa e da Vergonha

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* registou os valores de *Vergonha* ($p < .001$), da *Culpa* ($p < .001$) e do *Score Total de Sentimentos Pessoais* ($p = .002$).

Tabela 9

Associação entre a Intensidade do Luto Perinatal e os Sentimentos Pessoais Culpa e Vergonha

	Vergonha	Culpa	QSP Total
Luto Ativo	.386**	.389**	.402**
Dificuldades de Coping	.527**	.509**	.536*
Desespero	.493**	.513**	.521**
Luto Total	.502**	.504**	.521**

Nota: QSP = Sentimentos Pessoais

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Como se pode observar na tabela 9, verificou-se que existem várias associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Luto Ativo* e as subescalas *Vergonha* ($r = .386, p = < 0.01$), *Culpa* ($r = .389, p = < 0.01$) e *Score Total dos Sentimentos Pessoais* ($r = .402, p = < 0.01$). Verificou-se associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Dificuldades de Coping* e as subescalas *Vergonha* ($r = .527, p = < 0.01$), *Culpa* ($r = .509, p = < 0.01$) e o *Score Total dos Sentimentos Pessoais* ($r = .536, p = < 0.01$).

Verificou-se associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Desespero* e a *Vergonha* ($r = .493, p = < 0.01$), *Culpa* ($r = .513, p = < 0.01$) e o *Score Total* ($r = .521, p = < 0.01$). Por fim, verificou-se associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Luto Total* e as subescalas *Vergonha* ($r = .502, p = < 0.01$), *Culpa* ($r = .504, p = < 0.01$) e o *Score QSP Total* ($r = .521, p = < 0.01$). Os resultados evidenciam que, quanto maior o índice dos sintomas emocionais negativos, a vergonha e a culpa, maior será a intensidade no luto.

A Intensidade do Luto Perinatal e a Satisfação com o Suporte Social

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* registou os valores, a *Satisfação com Amigos* ($p = < .001$), a *Intimidade* ($p = < .001$), a *Satisfação com Família* ($p = < .001$), as *Atividades Sociais* ($p = < .001$) e o *Score Total* ($p = .023$).

Tabela 10

Associação entre a Intensidade do Luto Perinatal e a Satisfação com o Suporte Social

	Satisfação com Amigos	Intimidade	Satisfação com Família	Atividades Sociais	ESSS Total
Luto Ativo	-.159*	-.189*	-.273**	-.013	-.213**
Dificuldades de Coping	-.276**	-.294**	-.304**	-.168*	-.351**
Desespero	-.180*	-.266**	-.232**	-.160*	-.277**
Luto Total	-.219**	-.267**	-.287**	-.124	-.300**

Nota: ESSS = Satisfação Suporte Social

**p < 0.01, * p < 0.05

Na tabela 10 verificou-se a existência de várias associações fracas negativas significativas entre a subescala *Luto Ativo* e as subescalas *Satisfação com Amigos* ($r = -.159, p = .040$), *Intimidade* ($r = -.189, p = .015$), *Satisfação com a Família* ($r = -.273, p = < 0.01$) e o *Score ESSS Total* ($r = -.213, p = .006$). Existem associações fracas negativas significativas entre a subescala *Dificuldades de Coping* e as subescalas *Satisfação com Amigos* ($r = -.276, p = < 0.01$), *Intimidade* ($r = -.294, p = < 0.01$) e *Atividades Sociais* ($r = -.168, p = .031$). Porém nas subescalas *Satisfação com a Família* ($r = -.304, p = < 0.01$) e o *Score Total ESSS* ($r = -.351, p = < 0.01$) foram registradas associações moderadas negativas significativas. Existem associações fracas negativas significativas entre a subescala *Desespero* e as subescalas *Satisfação com Amigos* ($r = -.232, p = .003$), *Intimidade* ($r = -.266, p = < 0.01$), *Satisfação com a Família* ($r = -.304, p = < 0.01$), *Atividades Sociais* ($r = -.160, p = .039$) e o *Score ESSS Total* ($r = -.277, p = < 0.01$). Verificou-se associações fracas negativas significativas entre a subescala *Luto Total* e as subescalas *Satisfação com Amigos* ($r = -.219, p = .005$), *Intimidade* ($r = -.267,$

$p < 0.01$), *Satisfação com a Família* ($r = -.287, p < 0.01$) e, por último, o *Score ESSS Total* ($r = -.300, p < 0.01$) demonstrou haver uma associação moderada negativa significativa. Posto isto, os resultados evidenciam que quanto menos suporte social maior será a intensidade no luto perinatal.

A Intensidade do Luto Perinatal e a Satisfação Conjugal

O teste de *Kolmogorov-Smirnov* registou os valores para a *Intimidade Emocional* ($p < .001$), a *Comunicação Conflito* ($p < .001$), as *Funções Familiares* ($p = .200$), a *Rede Social* ($p = .002$), a *Autonomia* ($p < .001$) e o *Score Total* ($p = .020$).

Tabela 11

Associação entre a Intensidade do Luto Perinatal e a Satisfação Conjugal

	Intimidade Emocional	Comunicação Conflitos	Funções Familiares	Rede Social	Autonomia	EASAVIC Total
Luto Ativo	-.104	-.110	-.101	-.083	-.099	-.110
Dificuldades Coping	-.302**	-.279**	-.246**	-.228**	-.225**	-.297**
Desespero	-.294**	-.267**	-.228**	-.210**	-.242**	-.288**
Luto Total	-.252**	-.236**	-.207**	-.188*	-.204**	-.250**

Nota: EASAVIC = Satisfação Conjugal

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Na tabela 11 observou-se a existência de várias associações fracas negativas significativas entre a subescala *Dificuldades de Coping* e as subescalas *Comunicação Conflito* ($r = -.279, p < 0.01$), *Funções Familiares* ($r = -.246, p = 0.001$), *Rede Social* ($r = -.228, p = 0.003$), *Autonomia* ($r = -.225, p = 0.004$), *Score Total* ($r = -.297, p < 0.01$) e a *Intimidade Emocional* ($r = -.302, p < 0.01$) demonstrou a presença de uma

associação moderada negativa significativa. Verificou-se associações fracas negativas significativas entre a subescala *Desespero* e as subescalas *Intimidade Emocional* ($r = -.294, p = < 0.01$), *Comunicação Conflito* ($r = -.267, p = < 0.01$), *Funções Familiares* ($r = -.228, p = 0.003$), *Rede social* ($r = -.210, p = 0.007$), *Autonomia* ($r = -.242, p = 0.002$) e *Score Total* ($r = -.288, p = < 0.01$). Existem associações fracas negativas significativas entre a subescala *Luto Total* e as subescalas *Intimidade Emocional* ($r = -.252, p = 0.001$), *Comunicação Conflito* ($r = -.236, p = 0.002$), *Funções Familiares* ($r = -.207, p = 0.008$), *Rede Social* ($r = -.188, p = 0.016$), *Autonomia* ($r = -.204, p = 0.008$) e *Score Total* ($r = -.250, p = 0.001$). Os resultados revelam que, quanto mais satisfação com a relação conjugal menor será a manifestação de intensidade no luto perinatal.

Os Sintomas Emocionais Negativos, os Sentimentos Pessoais da Culpa e da Vergonha, a Satisfação com o Suporte Social e a Satisfação Conjugal

Tabela 12

Associação entre os Sintomas Emocionais Negativos, os Sentimentos Pessoais da Culpa e da Vergonha, o Suporte Social e a Satisfação Conjugal

	D	A	S	DAS	V	C	VC	SA	IN	SF	AS	SSS	IE	CC	FF	RS	AU	SC
D	1	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
A	.798**	1	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
S	.804**	.810**	1	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
DAS	.935**	.933**	.929**	1	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
V	.563**	.590**	.573**	.617**	1	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

	D	A	S	DAS	V	C	VC	SA	IN	SF	AS	SSS	IE	CC	FF	RS	AU	SC
C	.552**	.548**	.526**	.582**	.865**	1	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
VC	.577**	.589**	.569**	.621**	.966**	.966**	1	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
SA	-.294**	-.256**	-.265**	-.292**	-.392**	-.418**	-.420**	1	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
IN	-.320**	-.287**	-.239**	-.305**	-.286**	-.299**	-.303**	.550**	1	----	----	----	----	----	----	----	----	----
SF	-.402**	-.308**	-.351**	-.380**	-.282**	-.280**	-.291**	.555**	.303**	1	----	----	----	----	----	----	----	----
AS	-.184*	-.259**	-.279**	-.256**	-.294**	-.265**	-.290**	.386**	.371**	.134	1	----	----	----	----	----	----	----
SSS	-.399**	-.366**	-.372**	-.407**	-.429**	-.436**	-.448**	.887**	.765**	.659**	.609**	1	----	----	----	----	----	----
IE	-.045	-.033	.018	-.023	-.114	-.092	-.107	.255**	.298**	.104	.278**	.319**	1	----	----	----	----	----
CC	-.081	-.022	-.055	-.057	-.121	-.115	-.122	.338**	.364**	.165*	.331**	.409**	.905**	1	----	----	----	----
FF	-.063	-.070	-.060	-.069	-.119	-.135	-.131	.285**	.281**	.128	.368**	.358**	.753**	.780**	1	----	----	----
RS	.011	.044	.026	.029	-.080	-.044	-.064	.405**	.388**	.193*	.360**	.463**	.739**	.754**	.733**	1	----	----
AU	.053	.070	.109	.081	-.027	-.039	-.034	.226**	.239**	.113	.213**	.270**	.805**	.789**	.796**	.793**	1	----
SC	-.042	-.018	.007	-.020	-.111	-.098	-.108	.304**	.332**	.136	.318**	.372**	.977**	.949**	.843**	.822**	.880**	1

Nota: D = Depressão; A = Ansiedade; S = Stress; DAS = Score Total Sintomas Emocionais Negativos; V = Vergonha; C = Culpa; VC = Score Total Sentimentos Pessoais; SA = Satisfação Amigos; IN = Intimidade; SF = Satisfação Família; AS = Atividades Sociais; SSS = Score Total Satisfação Suporte Social; IE = Intimidade Emocional; CC = Comunicação Conflito; FF = Funções Familiares; RS = Rede Social; AU = Autonomia; SC = Score Total Satisfação Conjugal.

**p < 0.01, * p < 0.05

Na tabela 12 verificou-se a existência de várias associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Depressão* e as subescalas *Vergonha* ($r = .563, p < 0.01$), *Culpa* ($r = .552, p < 0.01$) e *Score Total Sintomas Emocionais Negativos* ($r = .577, p < 0.01$). Existem associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Ansiedade* e as subescalas *Vergonha* ($r = .590, p < 0.01$), *Culpa* ($r = .548, p < 0.01$) e *Score Total* ($r = .589, p < 0.01$). Verificou-se associações moderadas positivas significativas entre a subescala *Stress* e as subescalas *Vergonha* ($r = .573, p < 0.01$), *Culpa* ($r = .526, p < 0.01$) e *Score Total* ($r = .569, p < 0.01$). Por último, foi verificada uma associação moderada positiva significativa entre a subescala *Score Total dos Sintomas Emocionais Negativos* e a subescala *Culpa* ($r = .582, p < 0.01$). As restantes subescalas *Vergonha* ($r = .617, p < 0.01$) e *Score Total* ($r = .621, p < 0.01$) apresentaram associações fortes positivas significativas. Os resultados revelam que, quanto maior for a presença de sentimentos pessoais tais como, a vergonha e a culpa, maior será a presença de sintomas emocionais negativos, nomeadamente, depressão, ansiedade e o stress.

Verificou-se que existem associações fracas negativas significativas entre a *Depressão* e as subescalas *Satisfação com Amigos* ($r = -.294, p = <.001$) e *Atividades Sociais* ($r = -.184, p = .017$). Existem associações moderadas negativas significativas entre *Depressão* e *Intimidade* ($r = -.320, p = <.001$), *Satisfação com a Família* ($r = -.402, p = <.001$) e *Score Total Satisfação com Suporte Social* ($r = -.399, p = <.001$). Existem associações fracas negativas significativas entre a *Ansiedade* e as Subescalas *Satisfação com Amigos* ($r = -.256, p = <.001$), a *Intimidade* ($r = -.287, p = <.001$) e as *Atividades Sociais* ($r = -.259, p = <.001$). Existem associações moderadas negativas significativas entre a *Ansiedade* e a *Satisfação com a Família* ($r = -.308, p = <.001$) e o *Score Total Satisfação com Suporte Social* ($r = -.366, p = <.01$). Existem associações fracas negativas significativas entre o *Stress* e as subescalas *Satisfação com Amigos* ($r = -.265, p = <.001$), a *Intimidade* ($r = -.239, p = .002$) e as *Atividades Sociais* ($r = -.279, p = <.001$). Existem associações moderadas negativas significativas entre o *Stress* e a *Satisfação com a Família* ($r = -.351, p = <.001$) e *Score Total Satisfação com Suporte Social* ($r = -.372, p = <.001$). Por último, existem associações fracas negativas significativas entre o *Score Total dos Sintomas Emocionais Negativos* e as subescalas *Satisfação com Amigos* ($r = -.292, p = <.001$) e as *Atividades Sociais* ($r = -.256, p = <.001$). E as subescalas a *Intimidade* ($r = -.305, p = <.001$), a *Satisfação com Família* ($r = -.380, p = <.001$) e *Score Total Satisfação com Suporte Social* ($r = -.407, p = <.001$) demonstraram registos de associações moderadas negativas significativas. Os resultados revelam que, quanto menos satisfação com o suporte social maior será a presença de sintomas emocionais negativos, nomeadamente, a depressão, a ansiedade e o stress.

Verificou-se que não existem associações estatisticamente significativas entre as subescalas dos *Sintomas Emocionais Negativos* e as subescalas da *Satisfação Conjugal*.

Verificou-se que a existência de associações moderadas negativas significativas entre a subescala *Satisfação com Amigos* e as subescalas *Vergonha* ($r = -.392, p < 0.01$), a *Culpa* ($r = -.418, p < 0.01$) e o *Score Total dos Sentimentos Pessoais* ($r = -.420, p < 0.01$). Existem associações fracas negativas significativas entre a subescala *Intimidade* e a *Vergonha* ($r = -.286, p < 0.01$) e a *Culpa* ($r = -.299, p < 0.01$) e a subescala *Score Total dos Sentimentos Pessoais* ($r = -.303, p < 0.01$) demonstrou ser uma associação moderada negativa significativa. Existem associações fracas positivas significativas entre a subescala *Satisfação com Família* e as subescalas *Vergonha* ($r = -.282, p < 0.01$), a *Culpa* ($r = -.280, p < 0.01$) e o *Score Total dos Sentimentos Pessoais* ($r = -.291, p < 0.01$). Verificou-se associações fracas positivas significativas entre a subescala *Atividades Sociais* e as subescalas *Vergonha* ($r = -.294, p < 0.01$), a *Culpa* ($r = -.265, p < 0.01$) e o *Score Total* ($r = -.290, p < 0.01$). Por último, foram verificadas associações moderadas negativas significativas entre a subescala *Score Total da Satisfação Suporte Social* e as subescalas *Vergonha* ($r = -.429, p < 0.01$), a *Culpa* ($r = -.436, p < 0.01$) e *Score Total dos Sentimentos Pessoais* ($r = -.448, p < 0.01$). Os resultados revelam que quanto menor suporte social maior será a presença de sentimentos pessoais como a vergonha e a culpa.

Verificou-se que existem associações fracas positivas significativas entre a subescala *Satisfação com Amigos* e as subescalas *Intimidade Emocional* ($r = .255, p < 0.01$), as *Funções Familiares* ($r = .285, p < 0.01$) e a *Autonomia* ($r = .226, p = .003$), enquanto, a *Comunicação Conflitos* ($r = .338, p < 0.01$), a *Rede Social* ($r = .405, p < 0.01$) e o *Score Total Satisfação Conjugal* ($r = .304, p < 0.01$) apresentaram resultados de associações moderadas positivas significativas. Existem associações fracas positivas significativas entre a subescala *Intimidade* e as subescalas *Intimidade*

Emocional ($r = .298, p = < 0.01$), as *Funções Familiares* ($r = .281, p = < 0.01$) e a *Autonomia* ($r = .239, p = .002$), enquanto que, a *Comunicação Conflitos* ($r = .364, p = < 0.01$), a *Rede Social* ($r = .388, p = < 0.01$) e o *Score Total Satisfação Conjugal* ($r = .332, p = < 0.01$) apresentaram resultados de associações moderadas positivas significativas. Existem associações fracas positivas significativas entre a subescala *Satisfação com Família* e as subescalas *Comunicação Conflitos* ($r = .165, p = .033$) e a *Rede Social* ($r = .193, p = .013$). As restantes subescalas, nomeadamente, a *Intimidade Emocional* ($r = .104, p = .183$), as *Funções Familiares* ($r = .128, p = .100$), a *Autonomia* ($r = .113, p = .146$) e o *Score Total Satisfação Conjugal* ($r = .136, p = .080$) não obtiveram correlações significativas. Existem associações fracas positivas significativas entre a subescala *Atividades Sociais* e as subescalas *Intimidade Emocional* ($r = .278, p = < 0.01$) e a *Autonomia* ($r = .213, p = .006$). As restantes subescalas *Comunicação Conflitos* ($r = .331, p = < 0.01$), as *Funções Familiares* ($r = .368, p = < 0.01$), a *Rede Social* ($r = .360, p = < 0.01$) e *Score Total Satisfação Conjugal* ($r = .318, p = < 0.01$) demonstraram associações moderadas positivas significativas. Por fim, verificou-se uma associação fraca positiva significativa entre a subescala *Score Total Satisfação com Suporte Social* e a subescala *Autonomia* ($r = .270, p = < 0.01$). As restantes subescalas da *Satisfação Conjugal* demonstram resultados de associações moderadas positivas significativas, a *Intimidade Emocional* ($r = .319, p = < 0.01$), a *Comunicação Conflitos* ($r = .409, p = < 0.01$), as *Funções Familiares* ($r = .358, p = < 0.01$), a *Rede Social* ($r = .463, p = < 0.01$) e o *Score Total* ($r = .372, p = < 0.01$). Os resultados revelam que quanto maior for a satisfação com o suporte social maior será a satisfação conjugal.

Verificou-se que não existem associações estatisticamente significativas entre as subescalas da *Satisfação Conjugal* e as subescalas dos *Sentimentos Pessoais*, a Vergonha e a Culpa.

Estudo das diferenças em função das variáveis sociodemográficas

Com o intuito de verificar a presença de diferenças entre os grupos das variáveis sociodemográficas e a variável da intensidade do luto perinatal, procedeu-se à respetiva análise das variáveis: idade, estado civil, escolaridade, situação profissional, agregado familiar e religião.

Idade

Relativamente à variável Idade foi realizada uma análise correlacional entre a variável sociodemográfica idade e as subescalas da intensidade do luto perinatal (tabela 13).

Tabela 13

Associações entre Idade e a Intensidade do Luto Perinatal

	Luto Ativo	Dificuldades de Coping	de Desespero	Luto Total
Idade	-.185*	-.156*	-.168*	-.181*

Nota: **p < 0.01, * p < 0.05

Após a aplicação da correlação de *Pearson* pode-se constatar que existem associações fracas negativas significativas entre a variável *Idade* e o *Luto Ativo* ($r = -.185, p = .017$), a *Idade* e *Dificuldades de Coping* ($r = -.156, p = .045$), a *Idade* e *Desespero* ($r = -.168, p = .030$) e *Luto Total* ($r = -.181, p = .020$), sendo associações

fracas negativas significativas. Face a estes resultados poderá constatar-se que quanto menor idade maior é a intensidade do luto.

Estado Civil

Relativamente à variável Estado Civil procedeu-se à comparação entre os grupos solteira, casada, união de facto e outro com a intensidade do luto perinatal. Neste sentido, realizou-se a uma análise de variância com o teste ANOVA de um fator, isto porque, o teste Levene permite assumir a homogeneidade das variâncias ($p = > 0.05$).

O resultado da ANOVA está apresentado na tabela 14.

Tabela 14

Diferenças entre os grupos solteira, casada, união de facto e outro relativamente à Intensidade do Luto

	<i>Solteira</i>	<i>Casada</i>	<i>União facto</i>	<i>Outro</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
Luto Ativo	43.06 (6.56)	38.49 (9.49)	41.46 (9.02)	43.00 (1.41)	3	2.079	.105
Dificuldades Coping	39.50 (6.29)	30.71 (9.67)	31.88 (8.70)	38.50 (4.95)	3	5.102	.002
Desespero	38.67 (6.96)	29.48 (10.43)	31.24 (9.72)	40.50 (4.95)	3	4.985	.002
Luto Total	121.22 (17.52)	98.68 (27.90)	104.58 (25.50)	122.00 (11.31)	3	4.183	.007

Nota: M = média; DP = desvio-padrão

*. A diferença média é significativa no nível .05.

Após realizar o teste de ANOVA para comparar os grupos solteira, casada, união de facto e outro e a Intensidade do Luto constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, *Dificuldades Coping* [$F(3, 162) = 5.102, p = .002$], *Desespero* [$F(3, 162) = 4.985, p = .002$] e *Luto Total* [$F(3, 162) = 4.183, p = .0075$], tabela 14. Foi ainda, calculado o tamanho do efeito, recorrendo ao *eta squared*, sendo o valor de .07, o qual segundo Cohen (1988) pressupõe a existência de uma diferença de médias entre os grupos média-elevada.

Na tabela 15 encontram-se os resultados do teste *post-hoc* utilizando o teste *Tukey HSD*.

Tabela 15
Comparações múltiplas – Teste Tukey HSD

		Diferença media	<i>p</i>
Solteira	Casada	22.545*	.005
	União de Facto	16.642	.100
	Outro	-.778	1.000
Casada	Solteira	-22.545*	.005
	União de Facto	-5.903	.569
	Outro	-23.323	.598
União de Facto	Solteira	-16.642	.100
	Casada	5.903	.569
	Outro	-17.420	.793
Outro	Solteira	.778	1.000
	Casada	23.323	.598
	União de Facto	17.420	.793

*. A diferença média é significativa no nível .05.

A partir desta informação, foi realizado um *POST-HOC TUKEY HSD* para a realização de comparações entre os grupos. Posto isto, verificou-se que o grupo *solteira* ($M = 121.22$; $DP = 17.52$) tem uma diferença estatisticamente significativa da média do grupo *casada* ($M = 98.68$; $DP = 27.90$), conforme tabela 15.

Escolaridade

Relativamente à variável Escolaridade procedeu-se à realização de correlações de *Spearman* para analisar a existência de associações entre a variável sociodemográfica

escolaridade e a intensidade do luto perinatal. Os resultados estão apresentados na tabela 16.

Tabela 16
Associações entre Escolaridade e a Intensidade do Luto Perinatal

	Luto Ativo	Dificuldades de Coping	de Desespero	Luto Total
Escolaridade	-0.067	-.130	-.123	-.120

Nota: **p < 0.01, * p < 0.05

Como se pode verificar na tabela 16, não existem associações significativas entre a variável *Escolaridade* e o *Luto Ativo* ($r = -0.067$, $p = .388$), a *Escolaridade* e *Dificuldades de Coping* ($r = -.130$, $p = .095$), a *Escolaridade* e *Desespero* ($r = -.123$, $p = .114$) e *Luto Total* ($r = -.120$, $p = .122$).

Situação Profissional

Relativamente à variável Situação Profissional procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos Ativo e Não Ativo com a intensidade do luto perinatal (tabela 17).

Tabela 17
Diferenças entre os grupos Ativo e Não Ativo com a intensidade do luto perinatal

	Ativo	Não Ativo	t	gl
	M (DP)	M (DP)		
Luto Ativo	39.98 (9.19)	39.70 (9.02)	.142	164
Dificuldades de Coping	31.86 (9.39)	33.41 (9.46)	-.785	164
Desespero	30.82 (10.12)	32.78 (10.85)	-.909	164
Luto Total	102.65 (26.92)	105.89 (27.41)	-.570	164

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de *Student* para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos pelos grupos *Ativo e Não Ativo* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(164) = .142, p = .887$], às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = -.785, p = .434$], ao *Desespero* [$t(164) = -.909, p = .365$] e ao *Luto Total* [$t(164) = -.570, p = .570$], ($p = >.05$).

Agregado Familiar

Relativamente à variável Agregado Familiar, procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os Agregado Familiar Nuclear e Outras Configurações Familiares com a intensidade do luto perinatal (tabela 18).

Tabela 18

Diferenças entre os grupos Agregado Familiar Nuclear e Outras Configurações Familiares com a intensidade do luto perinatal

	<i>Agregado Familiar Nuclear M (DP)</i>	<i>Outras Configurações Familiares M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
Luto Ativo	43.50 (6.31)	39.61 (9.30)	1.532	164
Dificuldades de Coping	40.36 (6.56)	31.35 (9.26)	3.554	164
Desespero	39.50 (6.60)	30.37 (10.18)	3.289	164
Luto Total	123.36 (17.33)	101.32 (26.95)	2.998	164

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de *Student* para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Agregado Familiar Nuclear e Outras Configurações Familiares* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(164) = 1.532, p = .064$], ($p = >.05$). No entanto, existem diferenças

significativas entre o *Agregado Familiar Nuclear e Outras Configurações Familiares* relativamente às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = 3.554, p = <.001$], ao *Desespero* [$t(164) = 3.289, p = .001$] e ao *Luto Total* [$t(164) = 2.998, p = .003$], ($p = <.05$). Sendo que o *Agregado Familiar Nuclear* apresenta valores superiores em *Dificuldades Coping* ($M = 40.36; DP = 6.56$), *Desespero* ($M = 39.50; DP = 6.60$) e no *Luto Total* ($M = 123.36; DP = 17.33$) em comparação com *Outras Configurações Familiares* e *Dificuldades de Coping* ($M = 31.35, DP = 9.26$), *Desespero* ($M = 30.37; DP = 10.18$) e *Luto Total* ($M = 101.32; DP = 26.95$).

Com o objetivo de compreender a variável Agregado Familiar, comparando os grupos *Vive Sozinha*, *Vive Sozinha com Filhos*, *Vive com Marido/Companheiro*, *Vive com Pais* e *Vive com Marido/Companheiro e Filhos* com a intensidade do luto perinatal. Realizou-se uma análise de variância com o teste ANOVA de um fator, isto porque, o teste *Levene* permite assumir a homogeneidade das variâncias ($p = > 0.05$).

O resultado da ANOVA está apresentado na tabela 19.

Tabela 19

Diferenças entre os grupos Vive Sozinha, Vive Sozinha com Filhos, Vive com Marido/Companheiro, Vive com Pais, Vive com Marido/Companheiro e Filhos relativamente à Intensidade do Luto

	<i>Vive sozinha</i> <i>M (DP)</i>	<i>Vive sozinha</i> <i>Filhos</i> <i>M (DP)</i>	<i>Vive marido</i> <i>/companheiro</i> <i>M (DP)</i>	<i>Vive com pais</i> <i>M (DP)</i>	<i>Vive marido e</i> <i>filhos</i> <i>M (DP)</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Luto Ativo	45.17 (6.11)	45.00 (5.66)	42.36 (6.92)	41.33 (7.06)	37.44 (10.35)	4	3.670	.007
Dificuldades Coping	43.50 (4.97)	43.50 (6.36)	33.36 (8.21)	36.17 (6.49)	29.76 (9.77)	4	5.356	<.001
Desespero	41.00 (8.65)	41.00 (2.83)	32.18 (8.72)	37.50 (5.32)	28.94 (11.04)	4	3.837	.005
Luto Total	129.67 (17.81)	129.50 (14.85)	107.90 (21.73)	115.00 (16.53)	96.14 (29.55)	4	4.537	.002

Nota: M = média; DP = desvio-padrão

Após realizar o teste de ANOVA constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *Luto Ativo* [$F(4, 161) = 3.670, p = .007$], *Dificuldades Coping* [$F(4, 161) = 5.356, p < .001$], *Desespero* [$F(4, 161) = 3.837, p = .005$] e *Luto Total* [$F(4, 161) = 4.537, p = .002$], tabela 19. Foi ainda, calculado o tamanho do efeito, recorrendo ao *eta squared*, sendo o valor de .10, o qual segundo Cohen (1988) pressupõe a existência de uma diferença de médias entre os grupos média-elevada.

Na tabela 20 encontram-se os resultados do teste *post-hoc* utilizando o teste *Tukey HSD*.

Tabela 20
Comparações múltiplas – Teste Tukey HSD

		Diferença media	<i>p</i>
Vive Sozinha	Vive sozinha com filhos	.167	1.000
	Vive marido/companheiro	21.771	.283
	Vive com pais	14.667	.863
	Vive marido/companheiro e filhos	33.525*	.021
Vive sozinha com filhos	Vive sozinha	-.167	1.000
	Vive marido/companheiro	21.604	.772
	Vive com pais	14.500	.959
	Vive marido/companheiro e filhos	33.359	.375

		Diferença média	p
Vive com marido/companheiro	Vive sozinha		
	Vive sozinha com filhos	-21.771	.283
	Vive com pais	-21.604	.772
	Vive marido/companheiro e filhos	-7.104	.967
		11.754*	.047
Vive com pais	Vive sozinha	-14.667	.863
	Vive sozinha com filhos	-14.500	.959
	Vive marido/companheiro	7.104	.967
	Vive marido/companheiro e filhos	18.859	.421
Vive marido/companheiro e filhos	Vive sozinha	-33.525*	.021
	Vive sozinha com filhos	-33.359	.375
	Vive marido/companheiro	-11.754*	.047
	Vive com pais	-18.859	.421

*. A diferença média é significativa no nível .05.

A partir desta informação, foi realizado um POST-HOC TUKEY e verificou-se que existem diferenças entre os grupos *Vive Sozinha e Vive com Marido/Companheiro e Filhos* ($M = 33.53$; $DP = 10.92$) e *Vive com Marido/Companheiro e Vive com Marido/Companheiro e Filhos* ($M = 11.75$; $DP = 4.23$).

Religião

No sentido de analisar a existência de associações entre a variável religião e a intensidade do luto perinatal, procedeu-se à realização do Teste t para avaliar as diferenças entre os grupos Crente (com religião) e Não Crente (sem religião) com a Intensidade do Luto Perinatal (tabela 21).

Tabela 21*Diferenças entre os grupos Crente e Não Crente com a intensidade do luto perinatal*

	<i>Crente</i>	<i>Não Crente</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Luto Ativo	39.74 (9.41)	40.38 (8.55)	-,412	164
Dificuldades de Coping	31.99 (9.35)	32.38 (9.56)	-,244	164
Desespero	31.03 (10.49)	31.38 (9.71)	-,199	164
Luto Total	102.77 (27.42)	104.14 (26.05)	-,300	164

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de *Student* para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Crente e Não Crente* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(164) = -.412, p = .681$], às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = -.244, p = .808$], ao *Desespero* [$t(164) = -.199, p = .843$] e ao *Luto Total* [$t(164) = -.300, p = .764$], com o $p = > .05$.

Estudo das diferenças em função das variáveis médicas e clínicas

Número de Gravidezes

Relativamente à variável *Número de Gravidezes com Sucesso* foi realizada uma análise correlacional entre a variável sociodemográfica *Número de Gravidezes* e as variáveis da *Intensidade do Luto Perinatal* (tabela 22).

Tabela 22

Associações entre Número de Gravidezes e a Intensidade do Luto Perinatal

	Luto Ativo	Dificuldades de Coping	Desespero	Luto Total
Número de Gravidezes	-.195*	-.186*	-.174*	-.197*

Nota: **p < 0.01, * p < 0.05

Após a aplicação da correlação de *Pearson* pode-se constatar que existem associações fracas negativas significativas entre a variável *Número de Gravidezes* e as subescalas da *Intensidade do Luto*. Os resultados reportam *Luto Ativo* ($r = -.195, p = .012$), *Dificuldades de Coping* ($r = -.186, p = .017$), *Desespero* ($r = -.174, p = .025$) e *Luto Total* ($r = -.197, p = .011$). Face a estes resultados poderá constatar-se que quanto maior o número de gravidezes menor é a intensidade do luto.

Gravidez de Risco

Relativamente à variável Gravidez de Risco procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos Gravidez Risco e Gravidez Não Risco com a intensidade do luto perinatal (tabela 23).

Tabela 23

Diferenças entre os grupos Gravidez Risco e Gravidez Não Risco com a Intensidade do Luto Perinatal

	Gravidez Risco	Gravidez Não Risco	T	gl
	M (DP)	M (DP)		
Luto Ativo	39.78 (10.09)	40.12 (7.83)	-.243	163.99
Dificuldades de Coping	32.38 (9.87)	31.77 (8.79)	.414	164
Desespero	31.96 (11.35)	30.10 (8.56)	1.204	163.76
Luto Total	104.12 (29.72)	101.99 (23.97)	.520	163.98

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Gravidez Risco e Gravidez Não Risco* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(163.99) = -.243, p = .814$], às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = .414, p = .680$], ao *Desespero* [$t(163.76) = 1.204, p = .230$] e o *Luto Total* [$t(163.98) = .520, p = .604$], com o $p > .05$.

Gravidez Planeada

Relativamente à variável *Gravidez Planeada* procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos *Gravidez Planeada e Gravidez Não Planeada* com a Intensidade do Luto Perinatal (tabela 24).

Tabela 24

Diferenças entre os grupos *Gravidez Planeada e Gravidez Não Planeada* com a Intensidade do Luto Perinatal

	<i>Gravidez Planeada</i>	<i>Gravidez Não Planeada</i>	<i>T</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Luto Ativo	39.55 (9.46)	41.30 (7.86)	-1.018	164
Dificuldades de Coping	31.25 (9.58)	35.19 (8.07)	-2.256	164
Desespero	29.78 (10.06)	36.06 (9.45)	-3.358	164
Luto Total	100.58 (27.37)	112.56 (23.40)	-2.393	164

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Gravidez Planeada e Gravidez Não Planeada* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(164) = -1.018 p = .310$].

No entanto, existem diferenças significativas entre *Gravidez Planeada e Gravidez Não Planeada* relativamente às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = -2.256, p = .013$], ao *Desespero* [$t(164) = -3.358, p = <.001$] e ao *Luto Total* [$t(164) = -2.393, p = .009$], com o $p = <.05$. Sendo que o *Gravidez Não Planeada* apresenta valores superiores em *Dificuldades Coping* ($M = 35.19; DP = 8.07$), *Desespero* ($M = 36.06; DP = 9.45$) e no *Luto Total* ($M = 112.56; DP = 23.40$) em comparação com *Gravidez Planeada e Dificuldades de Coping* ($M = 31.25, DP = 9.58$), *Desespero* ($M = 29.78; DP = 10.06$) e *Luto Ativo Total* ($M = 100.58; DP = 27.37$).

Gravidez Desejada

Relativamente à variável *Gravidez Desejada* procedeu-se à realização do Teste t para avaliar as diferenças entre os grupos *Gravidez Desejada* e *Gravidez Não Desejada* com a Intensidade do Luto Perinatal (tabela 25).

Tabela 25

Diferenças entre os grupos *Gravidez Desejada* e *Gravidez Não Desejada* com a Intensidade do Luto Perinatal

	<i>Gravidez Desejada</i>	<i>Gravidez Não Desejada</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Luto Ativo	39.96 (9.16)	39.00 (9.27)	.206	164
Dificuldades de Coping	32.04 (9.41)	35.00 (9.42)	-.622	164
Desespero	30.98 (10.22)	37.50 (9.68)	-1.261	164
Luto Total	102.98 (26.97)	111.50 (28.22)	-.624	164

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Gravidez Desejada* e *Gravidez Não Desejada* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(164) = .206, p = .837$], às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = -.622, p = .535$], ao *Desespero* [$t(164) = -1.261, p = .209$] e ao *Luto Total* [$t(164) = -.624, p = .534$], com o $p > .05$.

Gravidez Vighada

Relativamente à variável *Gravidez Vighada* procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos *Gravidez Vighada* e *Gravidez Não Vighada* com a Intensidade do Luto Perinatal (tabela 26).

Tabela 26
Diferenças entre os grupos *Gravidez Vighada* e *Gravidez Não Vighada* com a Intensidade do Luto Perinatal

	<i>Gravidez Vighada</i>	<i>Gravidez Não Vighada</i>	<i>t</i>	<i>GI</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Luto Ativo	39.62 (9.18)	44.90 (7.11)	-1.784	164
Dificuldades de Coping	31.70 (9.39)	38.50 (7.08)	-2.248	164
Desespero	30.49 (10.02)	41.30 (8.34)	-3.337	164
Luto Total	101.80 (26.79)	124.70 (20.32)	-2.652	164

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos

grupos *Gravidez Viglada* e *Gravidez Não Viglada* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(164) = -1.784, p = .076$].

Porém observou-se que existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Gravidez Viglada* e *Gravidez Não Viglada* relativamente às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = -2.248, p = .026$], ao *Desespero* [$t(164) = -3.337, p = .001$] e ao *Luto Total* [$t(164) = -2.652, p = .009$], com o $p < .05$). Sendo que a *Gravidez Não Viglada* apresenta valores superiores em *Dificuldades Coping* ($M = 38.50; DP = 7.08$), *Desespero* ($M = 41.30; DP = 8.34$) e no *Luto Total* ($M = 124.70; DP = 20.32$) em comparação com *Gravidez Viglada* e *Dificuldades de Coping* ($M = 31.70, DP = 9.39$), *Desespero* ($M = 30.49; DP = 10.02$) e *Luto Ativo Total* ($M = 101.80; DP = 26.79$).

Tipo de Perda

Com o objetivo de compreender a variável Tipo de Perda comparou-se os grupos *Aborto Espontâneo*, *Interrupção Voluntária Gravidez* e *Interrupção Médica Gravidez* com a Intensidade do Luto Perinatal. Realizou-se uma análise de variância com o teste ANOVA de um fator, isto porque, o teste Levene permite assumir a homogeneidade das variâncias ($p > 0.05$).

O resultado da ANOVA está apresentado na tabela 27.

Tabela 27

Diferenças entre os grupos Aborto Espontâneo, Interrupção Voluntária Gravidez, Interrupção Médica Gravidez relativamente à Intensidade do Luto Perinatal

	Aborto Espontâneo	Interrupção Voluntária Gravidez	Interrupção Médica Gravidez	gl	F	p
	M (DP)	M (DP)	M (DP)			
Luto Ativo	39.64 (9.50)	40.38 (6.96)	40.67 (8.99)	2	.191	.826
Dificuldades Coping	32.46 (9.86)	31.69 (8.30)	31.17 (8.42)	2	.277	.759
Desespero	31.19 (10.85)	32.19 (8.42)	30.50 (9.08)	2	.154	.857
Luto Total	103.30 (28.31)	104.25 (21.62)	102.33 (25.17)	2	.031	.969

Nota: M = média; DP = desvio-padrão

Após realizar o teste de ANOVA para comparar os grupos *Aborto Espontâneo*, *Interrupção Voluntária Gravidez*, *Interrupção Médica Gravidez* e a *Intensidade do Luto Perinatal* constatou-se que não existe efeito significativo entre os grupos e a Intensidade do Luto. O *Luto Ativo* [$F(2, 163) = .191, p = .826$], *Dificuldades de Coping* [$F(2, 163) = .277, p = .759$], *Desespero* [$F(2, 163) = .154, p = .857$] e *Luto Total* [$F(2, 163) = .031, p = .969$].

Ainda sobre a variável Tipo de Perda procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre o grupo Aborto Espontâneo e o grupo Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez com a Intensidade do Luto Perinatal (tabela 28).

Tabela 28

Diferenças entre o grupo Aborto Espontâneo e o grupo Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez com a Intensidade do Luto Perinatal

	Aborto Espontâneo	IVG + IMG	t	gl
	M (DP)	M (DP)		
Luto Ativo	39.64 (9.50)	40.58 (8.35)	-611	164
Dificuldades de Coping	32.46 (9.86)	31.33 (8.30)	.771	116.01
Desespero	31.19 (10.85)	31.02 (8.84)	.101	164
Luto Total	103.30 (28.31)	102.92 (23.94)	.083	164

Nota: IVG = Interrupção Voluntária Gravidez; IMG = Interrupção Médica Gravidez; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos entre o grupo *Aborto Espontâneo* e o grupo *Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez* relativamente à *Intensidade do Luto*. Os resultados apresentam *Luto Ativo* [$t(164) = -.611, p = .542$], às *Dificuldades de Coping* [$t(116.01) = .771, p = .442$], ao *Desespero* [$t(164) = .101, p = .460$] e ao *Luto Total* [$t(164) = .083, p = .467$], com o $p > .05$.

Causa da Perda

Relativamente à variável *Causa da Perda* procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos *Causa Perda Conhecida* e *Causa Perda Desconhecida* com a *Intensidade do Luto Perinatal* (tabela 29).

Tabela 29

Diferenças entre os grupos *Causa Perda Conhecida* e *Causa Perda Desconhecida* com a *Intensidade do Luto Perinatal*

	<i>Causa Perda Conhecida</i> M (DP)	<i>Causa Perda Desconhecida</i> M (DP)	<i>t</i>	<i>gl</i>
Luto Ativo	40.81 (9.06)	39.40 (9.19)	-.965	164
Dificuldades de Coping	32.00 (9.90)	32.17(9.11)	.116	164
Desespero	31.10 (11.09)	31.17 (9.73)	.043	164
Luto Total	103.90(28.23)	102.74 (26.26)	-.270	164

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos

grupos *Causa Conhecida e Causa Desconhecida* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(164) = -.965, p = .336$], às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = .116, p = .908$], ao *Desespero* [$t(164) = .043, p = .966$] e ao *Luto Total* [$t(164) = -.270, p = .787$], com o $p = > .05$.

Tratamento de Fertilidade

Relativamente à variável Tratamento de Fertilidade procedeu-se à realização do Teste t para avaliar as diferenças entre os grupos Com Tratamento Fertilidade e Sem Tratamento Fertilidade com a Intensidade do Luto Perinatal (tabela 30).

Tabela 30

Diferenças entre os grupos Com Tratamento Fertilidade e Sem Tratamento de Fertilidade com a Intensidade do Luto Perinatal

	<i>Com Tratamento Fertilidade</i>	<i>Sem Tratamento Fertilidade</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Luto Ativo	39.72 (9.10)	39.98 (9.18)	-.136	164
Dificuldades de Coping	31.48 (10.13)	32.24(9.26)	-.394	164
Desespero	30.45 (10.99)	31.28 (10.10)	-.399	164
Luto Total	101.66 (28.66)	103.50 (26.67)	-.335	164

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste t de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Com Tratamento Fertilidade e Sem Tratamento Fertilidade* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(164) = -.136, p = .892$], às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = -.394, p = .694$], ao *Desespero* [$t(164) = -.399, p = .691$] e ao *Luto Total* [$t(164) = -.335, p = .738$], com o $p = > .05$.

Infertilidade Prolongada

Relativamente à variável Infertilidade Prolongada procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos Infertilidade Prolongada e Sem Infertilidade Prolongada com a Intensidade do Luto Perinatal (tabela 31).

Tabela 31

Diferenças entre os grupos Infertilidade Prolongada e Sem Infertilidade Prolongada com a Intensidade do Luto Perinatal

	<i>Infertilidade Prolongada</i>	<i>Sem Infertilidade Prolongada</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Luto Ativo	41.05 (8.34)	39.60 (9.37)	.859	164
Dificuldades de Coping	32.32 (9.93)	32.05 (9.26)	.155	164
Desespero	31.87 (10.25)	30.92 (10.26)	.500	164
Luto Total	105.24 (26.89)	102.57 (27.04)	.535	164

Nota: M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Infertilidade Prolongada e Sem Infertilidade Prolongada* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(164) = .859, p = .392$], às *Dificuldades de Coping* [$t(164) = .155, p = .877$], ao *Desespero* [$t(164) = .500, p = .618$] e ao *Luto Total* [$t(164) = .535, p = .594$], com o $p = > .05$.

Tratamento Psicológico

Sobre a variável Tratamento Psicológico procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico com a Intensidade do Luto Perinatal (tabela 32).

Tabela 32

Diferenças entre os grupos Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico com a Intensidade do Luto Perinatal

	<i>Com Tratamento Psicológico</i>	<i>Sem Tratamento Psicológico</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Luto Ativo	41.73 (7.86)	38.13 (9.98)	2.582	155.48
Dificuldades de Coping	34.20 (8.54)	30.01 (9.78)	2.943	164
Desespero	32.77 (9.25)	29.51 (10.95)	2.076	164
Luto Total	108.71 (23.39)	97.65 (29.19)	2.694	156.55

Nota: M = Média; DP = Desvio- Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico* relativamente ao *Luto Ativo* [$t(155.48) = 2.582, p = .011$], *Dificuldades de Coping* [$t(164) = 2.943, p = .004$], *Desespero* [$t(164) = 2.076, p = .039$] e ao *Luto Total* [$t(156.55) = 2.694, p = .008$], com o $p < .05$. Sendo que o *Com Tratamento Psicológico* apresenta valores superiores em *Luto Ativo* ($M = 41.73; DP = 7.86$), *Dificuldades Coping* ($M = 34.20; DP = 8.54$), *Desespero* ($M = 32.77; DP = 9.25$) e no *Luto Total* ($M = 108.71; DP = 23.39$) em comparação com *Sem Tratamento Psicológico e Luto Ativo* ($M = 38.13; DP = 9.98$), *Dificuldades de Coping* ($M = 30.01, DP = 9.78$), *Desespero* ($M = 29.51; DP = 10.95$) e *Luto Ativo Total* ($M = 97.65; DP = 29.19$).

Estudo comparação de grupos com preditores do luto

O objetivo deste estudo é analisar se existem diferenças entre os grupos *Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo*, no que diz respeito à existência de sintomas

emocionais negativos, sentimentos pessoais e ainda, na satisfação com o suporte social e na satisfação conjugal.

Processo de Luto

Tendo como finalidade apurar a existência de diferenças entre os grupos Estar em Luto Ativo (n = 120) e Não Estar em Luto Ativo (n= 46) relativamente aos Sintomas Emocionais Negativos, nomeadamente, a depressão, a ansiedade e os stress, os Sentimentos Pessoais – a Vergonha e a Culpa, a Satisfação com o Suporte Social e por último, a Satisfação Conjugal.

Procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os mencionados grupos com os Sintomas Emocionais Negativos (tabela 33).

Tabela 33

Diferenças entre os grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo com os Sintomas Emocionais Negativos

	<i>Estar em Luto Ativo</i>	<i>Não Estar em Luto Ativo</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Depressão	7.09 (5.79)	8.89 (6.33)	-1.747	164
Ansiedade	6.03 (5.78)	6.54 (5.62)	-.521	164
Stress	8.74 (5.39)	9.41 (4.75)	-.741	164
EADS Total	21.86 (15.86)	24.85 (15.52)	-1.093	164

Nota: EADS = Sintomas Emocionais Negativos; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Estar em Luto Ativo* e *Não Estar em Luto Ativo* relativamente à *Depressão* [$t(164) = -1.747, p = .082$], *Ansiedade* [$t(164) = -.521, p = .603$], *Stress* [$t(164) = -.741, p = .460$] e o *EADS Total* [$t(164) = -1.093, p = .276$], com o $p = > .05$.

Ainda sobre estes grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo, procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre estes grupos com os Sentimentos Pessoais (tabela 34).

Tabela 34
Diferenças entre os grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo com os Sentimentos Pessoais

	<i>Estar em Luto Ativo</i>	<i>Não Estar em Luto Ativo</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Vergonha	9.43 (6.43)	10.17 (6.14)	-.680	164
Culpa	12.47 (6.15)	13.43 (6.72)	-.884	164
QSP Total	21.89 (12.16)	23.61 (12.41)	-.810	164

Nota: QSP = Sentimentos Pessoais; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Estar em Luto Ativo* e *Não Estar em Luto Ativo* relativamente à *Vergonha* [$t(164) = -.680, p = .497$], *Culpa* [$t(164) = -.884, p = .378$] e o *QSP Total* [$t(164) = -.810, p = .419$], com o $p > .05$.

Relativamente aos grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo, procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre estes grupos com a Satisfação com o Suporte Social (tabela 35).

Tabela 35

Diferenças entre os grupos Estar em Luto Ativo e Não Estar em Luto Ativo com a Satisfação com o Suporte Social

	<i>Estar em Luto Ativo</i>	<i>Não Estar em Luto Ativo</i>	<i>t</i>	<i>Gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Satisfação	15.68 (4.75)	15.83 (4.32)	-.188	164
Amigos				
Intimidade	12.40 (3.59)	11.89 (3.40)	.829	164
Satisfação	10.58 (2.94)	10.70 (2.73)	-.225	164
Família				
Atividades	7.43 (2.99)	7.33 (2.66)	.197	164
Sociais	46.08 (11.08)	45.74 (8.78)	.189	164
ESSS Total				

Nota: ESSS = Satisfação com o Suporte Social; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Estar em Luto Ativo* e *Não Estar em Luto Ativo* relativamente à *Satisfação com Amigos* [$t(164) = -.188, p = .851$], *Intimidade* [$t(164) = .829, p = .408$], *Satisfação com Família* [$t(164) = -.225, p = .823$], *Atividades Sociais* [$t(164) = .197, p = .844$] e o *ESSS Total* [$t(164) = .189, p = .850$], com o $p = > .05$.

Relativamente aos grupos *Estar em Luto Ativo* e *Não Estar em Luto Ativo*, procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre estes grupos com a *Satisfação Conjugal* (tabela 36).

Tabela 36Diferenças entre os grupos *Estar em Luto Ativo* e *Não Estar em Luto Ativo* com a Satisfação Conjugal

	<i>Estar em Luto Ativo</i>	<i>Não Estar em Luto Ativo</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Intimidade Emocional	76.03 (23.91)	78.67 (23.87)	-.639	164
Comunicação Conflito	26.60 (9.83)	28.70 (9.68)	-1.235	164
Funções Familiares	14.31 (5.03)	15.57 (4.46)	-1.486	164
Rede Social	11.22 (3.81)	12.20 (3.64)	-1.500	164
Autonomia	15.78 (5.47)	17.33 (5.08)	-1.662	164
EASAVIC Total	143.93 (44.87)	152.46 (43.70)	-1.103	164

Nota: EASAVIC = Satisfação Conjugal; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Estar em Luto Ativo* e *Não Estar em Luto Ativo* relativamente à *Intimidade Emocional* [$t(164) = -.639, p = .524$], *Comunicação Conflito* [$t(164) = -1.235, p = .219$], *Funções Familiares* [$t(164) = -1.486, p = .139$], *Rede Social* [$t(164) = -1.500, p = .136$], *Autonomia* [$t(164) = -1.662, p = .098$] e o *EASAVIC Total* [$t(164) = -1.103, p = .272$], com o $p > .05$.

Tipo de Perda

Com o objetivo de compreender a variável Tipo de Perda comparou-se os grupos *Aborto Espontâneo*, *Interrupção Voluntária Gravidez* e *Interrupção Médica Gravidez* com os Sintomas Emocionais Negativos. Para isso, realizou-se uma análise de variância

com o teste ANOVA de um fator, isto porque, o teste Levene permite assumir a homogeneidade das variâncias ($p = > 0.05$).

O resultado da ANOVA está apresentado na tabela 37.

Tabela 37

Diferenças entre os grupos Aborto Espontâneo, Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez relativamente aos Sintomas Emocionais Negativos

	<i>Aborto Espontâneo M (DP)</i>	<i>Interrupção Voluntária Gravidez M (DP)</i>	<i>Interrupção Médica Gravidez M (DP)</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Depressão	7.68 (6.24)	8.69 (4.33)	6.81 (5.79)	2	.591	.555
Ansiedade	6.10 (5.81)	8.19 (5.76)	5.50 (5.39)	2	1.254	.288
Stress	8.98 (5.40)	10.06 (4.65)	8.25 (4.90)	2	.686	.505
Total	22.76 (16.34)	26.94 (13.38)	20.56 (14.89)	2	.910	.405

Nota: EADS = Sintomas Emocionais Negativos

Após realizar o teste de ANOVA constatou-se que não existe efeito significativo entre os grupos *Aborto Espontâneo, Interrupção Voluntária da Gravidez e Interrupção Médica da Gravidez* com os *Sintomas Emocionais Negativos*. Os resultados apresentam a *Depressão* [$F(2, 163) = .591, p = .555$], *Ansiedade* [$F(2, 163) = 1.254, p = .288$], *Stress* [$F(2, 163) = .686, p = .505$] e *EADS Total* [$F(2, 163) = .910, p = .405$].

Ainda sobre a variável Tipo de Perda procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre o grupo Aborto Espontâneo e o grupo Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez com os Sintomas Emocionais Negativos (tabela 38).

Tabela 38

Diferenças entre o grupo Aborto Espontâneo e o grupo Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez com os Sintomas Emocionais Negativos

	<i>Aborto Espontâneo</i>	<i>IVG + IMG</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Depressão	7.68 (6.24)	7.38 (5.41)	.299	164
Ansiedade	6.10 (5.80)	6.33 (5.59)	-.240	164
Stress	8.98 (5.40)	8.81 (4.85)	.200	164
EADS Total	22.76 (16.34)	22.52 (14.62)	.092	164

Nota: EADS = Sintomas Emocionais Negativos; IVG = Interrupção Voluntária Gravidez; IMG = Interrupção Médica Gravidez; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos entre o grupo *Aborto Espontâneo* e o grupo *Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez* relativamente aos *Sintomas Emocionais Negativos*. Os resultados apresentam *Depressão* [$t(164) = .299, p = .766$], *Ansiedade* [$t(164) = -.240, p = .811$], *Stress* [$t(164) = .200, p = .842$] e o *EADS Total* [$t(164) = .092, p = .927$], com o $p = > .05$.

Com o intuito de analisar a variável Tipo de Perda comparou-se os grupos *Aborto Espontâneo, Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez* com os *Sentimentos Pessoais*. Realizou-se uma análise de variância com o teste ANOVA de um fator, isto porque, o teste Levene permite assumir a homogeneidade das variâncias ($p = > 0.05$).

O resultado da ANOVA está apresentado na tabela 39.

Tabela 39

Diferenças entre os grupos Aborto Espontâneo, Interrupção Voluntária Gravidez, Interrupção Médica Gravidez relativamente aos Sentimentos Pessoais

	<i>Aborto Espontâneo M (DP)</i>	<i>Interrupção Voluntária Gravidez M (DP)</i>	<i>Interrupção Médica Gravidez M (DP)</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Vergonha	9.77 (6.25)	10.94 (6.51)	8.61 (6.58)	2	.832	.437
Culpa	12.75 (6.40)	13.81 (6.26)	12.19 (6.16)	2	.363	.696
QSP Total	22.53 (12.23)	24.75 (11.92)	20.81 (12.43)	2	.605	.547

Nota: QSP = Sentimentos Pessoais

Após realizar o teste de ANOVA constatou-se que não existe efeito significativo entre os grupos *Aborto Espontâneo*, *Interrupção Voluntária Gravidez* e *Interrupção Médica Gravidez* relativamente aos *Sentimentos Pessoais*. A *Vergonha* [$F(2, 163) = .832, p = .437$], *Culpa* [$F(2, 163) = .363, p = .696$] e *QSP Total* [$F(2, 163) = .605, p = .547$].

Ainda sobre a variável Tipo de Perda procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre o grupo *Aborto Espontâneo* e o grupo *Interrupção Voluntária Gravidez* e *Interrupção Médica Gravidez* com os *Sentimentos Pessoais* (tabela 40).

Tabela 40

Diferenças entre o grupo *Aborto Espontâneo* e o grupo *Interrupção Voluntária Gravidez* e *Interrupção Médica Gravidez* com os *Sentimentos Pessoais*

	<i>Aborto Espontâneo M (DP)</i>	<i>IVG + IMG M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
Vergonha	9.77 (6.25)	9.33 (6.58)	.418	164
Culpa	12.75 (6.40)	12.69 (6.18)	.059	164
QSP Total	22.53 (12.23)	22.02 (12.30)	.247	164

Nota: QSP = Sentimentos Pessoais; IVG = Interrupção Voluntária Gravidez; IMG = Interrupção Médica Gravidez; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos entre o grupo *Aborto Espontâneo e o grupo Interrupção Voluntária Gravidez e Interrupção Médica Gravidez* relativamente aos *Sentimentos Pessoais*. Os resultados apresentam *Vergonha* [$t(164) = .418, p = .676$], *Culpa* [$t(164) = .059, p = .953$] e o *EADS Total* [$t(164) = .247, p = .805$], com o $p = > .05$.

Causa da Perda

Relativamente à variável *Causa da Perda* procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos *Causa Perda Conhecida e Causa Perda Desconhecida* com os *Sintomas Emocionais Negativos* (tabela 41).

Tabela 41

Diferenças entre os grupos *Causa Perda Conhecida e Causa Perda Desconhecida* com os *Sintomas Emocionais Negativos*

	<i>Causa Perda Conhecida</i> <i>M (DP)</i>	<i>Causa Perda Desconhecida</i> <i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
Depressão	7.46 (5.95)	7.67 (6.02)	.219	164
Ansiedade	5.70 (5.76)	6.46 (5.71)	.827	164
Stress	8.22 (4.97)	9.36 (5.34)	1.366	164
EADS Total	21.38 (15.30)	23.49 (16.08)	.833	164

Nota: EADS = Sintomas Emocionais Negativos; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Causa Conhecida e Causa Desconhecida* relativamente à *Depressão* [$t(164) =$

.219, $p = .827$], à *Ansiedade* [$t(164) = .827, p = .409$], ao *Stress* [$t(164) = 1.366, p = .174$] e ao *EADS Total* [$t(164) = .833, p = .406$], com o $p = > .05$.

Relativamente à variável *Causa da Perda* procedeu-se à realização do Teste t para avaliar as diferenças entre os grupos *Causa Perda Conhecida* e *Causa Perda Desconhecida* com os Sentimentos Pessoais (tabela 42).

Tabela 42

Diferenças entre os grupos *Causa Perda Conhecida* e *Causa Perda Desconhecida* com os Sentimentos Pessoais

	<i>Causa Perda Conhecida</i> <i>M (DP)</i>	<i>Causa Perda Desconhecida</i> <i>M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
Vergonha	8.17 (5.97)	10.52 (6.42)	2.349	164
Culpa	11.68 (6.05)	13.38 (6.41)	1.690	164
QSP Total	19.86 (11.53)	23.90 (12.43)	2.092	164

Nota: QSP = Sentimentos Pessoais; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste t de Student para amostras independentes, pode-se observar que existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Causa Conhecida* e *Causa Desconhecida* relativamente à *Vergonha* [$t(164) = 2.349, p = .020$] e o *QSP Total* [$t(164) = 2.092, p = .038$]. Porém, não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Causa Conhecida* e *Causa Desconhecida* relativamente à *Culpa* [$t(164) = 1.690, p = .093$], com o $p = > .05$.

Tratamento Psicológico

Relativamente à variável Tratamento Psicológico procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico com os Sintomas Emocionais Negativos (tabela 43).

Tabela 43

Diferenças entre os grupos Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico com os Sintomas Emocionais Negativos

	<i>Com Tratamento Psicológico</i>	<i>Sem Tratamento Psicológico</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>		
Depressão	8.86 (5.99)	6.33 (5.72)	2.782	164
Ansiedade	7.14 (5.90)	5.19 (5.40)	2.223	164
Stress	10.14 (4.96)	7.71 (5.22)	3.081	164
EADS Total	26.14 (15.37)	19.23 (15.50)	2.886	164

Nota: EADS = Sintomas Emocionais Negativos; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico* relativamente à *Depressão* [$t(164) = 2.782, p = .296$], à *Ansiedade* [$t(164) = 2.223, p = .093$], ao *Stress* [$t(164) = 3.081, p = .963$] e ao *EADS Total* [$t(164) = 2.886, p = .495$], com o $p = > .05$.

Relativamente à variável Tratamento Psicológico procedeu-se à realização do Teste *t* para avaliar as diferenças entre os grupos Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico com os Sentimentos Pessoais (tabela 44).

Tabela 44

Diferenças entre os grupos Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico com os Sentimentos Pessoais

	<i>Com Tratamento Psicológico M (DP)</i>	<i>Sem Tratamento Psicológico M (DP)</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
Vergonha	9.07 (6.44)	9.75 (6.34)	-0.526	164
Culpa	10.80 (4.99)	13.15 (6.50)	-2.176	50.31
QSP Total	19.86 (11.18)	22.90 (12.40)	-1.217	164

Nota: QSP = Sentimentos Pessoais; M = Média; DP = Desvio-Padrão

De acordo com o Teste *t* de Student para amostras independentes, pode-se observar que não existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico* relativamente à *Vergonha* [$t(164) = -0.526, p = .600$] e ao *QSP Total* [$t(164) = -1.217, p = .225$], com o $p > .05$.

Porém, observou-se que existem diferenças significativas entre os scores médios obtidos nos grupos *Com Tratamento Psicológico e Sem Tratamento Psicológico* relativamente à *Culpa* [$t(50.31) = -2.176, p = .034$], com o $p < .05$.

Resultados Inferenciais

Numa primeira fase, pretende-se identificar as variáveis que se mostraram significativas nas análises anteriores e estabelecer a partir da regressão linear múltipla, a predição em relação ao luto perinatal. Nesse sentido, procedeu-se à formação de seis modelos constando as (1) variáveis sociodemográficas, (2) variáveis médicas e clínicas, os scores das escalas dos (3) sintomas emocionais negativos, (4) sentimentos pessoais, (5) satisfação com o suporte social e (6) satisfação conjugal, para verificar são os

modelos que determinam a tendência para a predição do luto. Na fase seguinte, haverá lugar à realização da regressão linear múltipla dando a conhecer os resultados dos modelos que são capazes de prever o luto, permitindo constatar qual sua contribuição sobre os scores luto total, luto ativo, dificuldades de coping e desespero (Pallant, 2011).

Predição para o Luto Total

Neste sentido procedeu-se à regressão linear múltipla com o intuito de verificar quais os modelos que determinam a tendência para a predição do score do Luto Total. Os resultados encontram-se nas tabelas 45 e 46.

Tabela 45
Regressão Linear Múltipla do Luto Total com as demais variáveis

Resumo do Modelo					
Modelo	R^2	R quadrado ajustado	Mudança de R^2	Sig. Mudança F	F
1 (Constante) Idade Estado Civil Agreg. Familiar	.105	.088	.105	<.001	6.322
2 (Constante) N.º Gravidezes Grav. Planeada Gravidez Viglada Trat. Psicológico	.171	.134	.066	.016	3.138
3 (Constante) Depressão Ansiedade Stress	.334	.291	.163	<.001	12.625

Modelo	R²	R quadrado ajustado	Mudança de R²	Sig. Mudança F	F
4 (Constante)					
Vergonha	.396	.349			
Culpa			.062	<.001	7.915
5 (Constante)					
Satisfação Amigos	.409	.346			
Intimidade			.013	.513	.823
Satisfação Família					
Atividades Sociais					
6 (Constante)					
Int. Emocional	.470	.393			
Com. Conflito			.061	.007	3.303
Funç. Familiares					
Rede Social					
Autonomia					

a. Variável Dependente: Luto Total

Tabela 46
Preditores do Luto Total

Modelo	Coefficientes Padronizados				VIF
	B	t	p		
1 (Constante)					
Idade	.130	1.747	.083		1.000
Estado Civil	-.023	-.314	.754		1.009
Agregado Familiar	-.291	-3.895	<.001		1.010
2 (Constante)					
N.º Gravidezes	-.010	-.137	.891		1.054
Gravidez Planeada	.109	1.404	.162		1.159
Gravidez Viglada	.145	1.895	.060		1.123
Trat. Psicológico	-.163	-2.207	.029		1.035
3 (Constante)					
Depressão	.487	3.691	<.001		4.051
Ansiedade	.093	.730	.466		3.748
Stress	-.139	-1.073	.285		3.890
4 (Constante)					
Vergonha	.171	1.260	.210		4.666
Culpa	.167	1.242	.216		4.602
(Constante)					
Int. Emocional	-.150	-.900	.370		7.506
Com. Conflito	-.010	-.059	.953		8.005
Funções Familiares	.037	.311	.756		3.822
Rede Social	-.069	-.567	.572		4.063
Autonomia	-.113	-.823	.412		5.109

a. Variável Dependente: Luto Total

Após efetuado a regressão linear verificou-se que o modelo 1 é estatisticamente significativo [$R^2 = .105$, $F(6.322)$, $p = <.001$]. O *Agregado Familiar* revelou ser um preditor do *Luto Total* com cerca de 29% da variância do mesmo ($\beta = -.291$, $t = -3.895$, $VIF = 1.010$, $p = <.001$). Verificou-se ainda que, o modelo 2 é estatisticamente significativo [$R^2 = .171$, $F(3.138)$, $p = .016$]. O *Tratamento Psicológico* revelou ser um preditor do *Luto Total* com cerca de 16% da variância do mesmo ($\beta = -.163$, $t = -2.207$, $VIF = 1.035$, $p = .029$). O modelo 3 é estatisticamente significativo [$R^2 = .334$, $F(12.625)$, $p = <.001$]. A *Depressão* revelou ser um preditor do *Luto Total* com cerca de 48% da variância do mesmo ($\beta = .487$, $t = 3.691$, $VIF = 4.051$, $p = <.001$).

Predição para o Luto Ativo

Procedeu-se à regressão linear múltipla com o intuito de verificar quais os modelos que determinam a tendência para a predição do score do Luto Ativo. Os resultados encontram-se nas tabelas 47 e 48.

Tabela 47

Regressão Linear Múltipla do Luto Ativo com as demais variáveis

Resumo do Modelo

Modelo	R^2	R quadrado ajustado	Mudança de R^2	Sig. Mudança F	F
1 (Constante) Idade Estado Civil Agreg. Familiar	.099	.083	.099	<.001	5.956
2 (Constante) N.º Gravidezes Grav. Planeada Gravidez Viglada Trat. Psicológico	.136	.098	.037	.159	1.674
3 (Constante) Depressão Ansiedade Stress	.258	.211	.122	<.001	8.530
4 (Constante) Vergonha Culpa	.291	.235	.032	.033	3.498
5 (Constante) Satisfação Amigos Intimidade Satisfação Família Atividades Sociais	.308	.234	.017	.452	.924
6 (Constante) Int. Emocional Com. Conflito Fun. Familiares Rede Social Autonomia	.335	.238	.027	.330	1.164

a. Variável Dependente: Luto Ativo

Tabela 48
 Preditores do Luto Ativo

Modelo	Coeficientes Padronizados			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>VIF</i>
1 (Constante)				
Idade	.119	1.591	.113	1.000
Estado Civil	.064	.860	.391	1.009
Agregado Familiar	-.289	-3.855	<.001	1.010
3 (Constante)				
Depressão	.453	3.254	.001	4.051
Ansiedade	-.029	-.220	.826	3.748
Stress	-.047	-.347	.729	3.890
4 (Constante)				
Vergonha	.064	.432	.666	4.666
Culpa	.177	1.211	.228	4.602

a. Variável Dependente: Luto Ativo

Após efetuado a regressão linear verificou-se que o modelo 1 é estatisticamente significativo [$R^2 = .099$, $F(5.956)$, $p = <.001$]. O *Agregado Familiar* revelou ser um preditor do *Luto Ativo* com cerca de 28% da variância do mesmo ($\beta = -.289$, $t = -3.855$, $VIF = 1.010$, $p = <.001$). O modelo 3 é estatisticamente significativo [$R^2 = .258$, $F(8.530)$, $p = <.001$]. A *Depressão* revelou ser um preditor do *Luto Ativo* com cerca de 45% da variância do mesmo ($\beta = .453$, $t = 3.254$, $VIF = 4.051$, $p = .001$).

Predição para as Dificuldades de Coping

Neste sentido procedeu-se à regressão linear múltipla com o intuito de verificar quais os modelos que determinam a tendência para a predição do score Dificuldades de Coping. Os resultados encontram-se nas tabelas 49 e 50.

Tabela 49

Regressão Linear Múltipla das Dificuldades de Coping com as demais variáveis

Resumo do Modelo

Modelo	R^2	R quadrado ajustado	Mudança de R^2	Sig. Mudança F	F
1 (Constante) Idade Estado Civil Agreg. Familiar	.119	.103	.119	<.001	7.288
2 (Constante) N.º Gravidezes Grav. Planeada Gravidez Viglada Trat. Psicológico	.178	.142	.059	.026	2.844
3 (Constante) Depressão Ansiedade Stress	.369	.329	.191	<.001	15.672
4 (Constante) Vergonha Culpa	.438	.394	.068	<.001	9.304
5 (Constante) Satisfação Amigos Intimidade Satisfação Família Atividades Sociais	.449	.389	.011	.568	.737
6 (Constante) Int. Emocional Com. Conflito Fun. Familiares Rede Social Autonomia	.518	.448	.069	.002	4.144

a. Variável Dependente: Dificuldades de Coping

Tabela 50
 Preditores das Dificuldades de Coping

Modelo	Coeficientes Padronizados			
	<i>B</i>	<i>t</i>	<i>P</i>	<i>VIF</i>
1 (Constante)				
Idade	.146	1.985	.049	1.000
Estado Civil	-.077	-1.046	.297	1.009
Agregado Familiar	-.292	-3.945	<.001	1.010
2 (Constante)				
N.º Gravidezes	-.001	-.010	.992	1.054
Gravidez Planeada	.098	1.257	.210	1.159
Gravidez Viglada	.109	1.430	.155	1.123
Trat. Psicológico	-.184	-2.506	.013	1.035
3 (Constante)				
Depressão	.587	4.569	<.001	4.051
Ansiedade	.054	.438	.662	3.748
Stress	-.180	-1.431	.154	3.890
4 (Constante)				
Vergonha	.258	1.971	.049	4.666
Culpa	.092	.710	.479	4.602
6 (Constante)				
Int. Emocional	-.224	-1.411	.160	7.506
Com. Conflito	.024	.145	.885	8.005
Funções Familiares	-.015	-.132	.895	3.822
Rede Social	-.051	-.440	.661	4.063
Autonomia	-.060	-.462	.645	5.109

a. Variável Dependente: Dificuldades de Coping

Após efetuado a regressão linear verificou-se que o modelo 1 é estatisticamente significativo [$R^2 = .119$, $F(7.288)$, $p = <.001$]. A *Idade* revelou ser um preditor das *Dificuldades de Coping* com cerca de 14% da variância do mesmo ($\beta = .146$, $t = 1.985$, $VIF = 1.000$, $p = .049$). O *Agregado Familiar* revelou ser um preditor das *Dificuldades de Coping* com cerca de 29% da variância do mesmo ($\beta = -.292$, $t = -3.945$, $VIF = 1.010$, $p = <.001$). Verificou-se ainda que, o modelo 2 é estatisticamente significativo [$R^2 = .178$, $F(2.844)$, $p = .026$]. O *Tratamento Psicológico* revelou ser um preditor das *Dificuldades de Coping* com cerca de 18% da variância do mesmo ($\beta = -.184$, $t = -2.506$, $VIF = 1.035$, $p = .013$). O modelo 3 é estatisticamente significativo [$R^2 = .369$, $F(15.672)$, $p = <.001$]. A *Depressão* revelou ser um preditor das *Dificuldades de Coping* com cerca de 58% da variância do mesmo ($\beta = .587$, $t = 4.569$, $VIF = 4.051$, $p = <.001$). O modelo 4 é estatisticamente significativo [$R^2 = .438$, $F(9.304)$, $p = <.001$]. A *Vergonha* revelou ser um preditor das *Dificuldades de Coping* com cerca de 25% da variância do mesmo ($\beta = .258$, $t = 1.971$, $VIF = 4.666$, $p = .049$).

Predição para o Desespero

Neste sentido procedeu-se à regressão linear múltipla com o intuito de verificar quais os modelos que determinam a tendência para a predição do score Desespero. Os resultados encontram-se nas tabelas 51 e 52.

Tabela 51

Regressão Linear Múltipla do Desespero com as demais variáveis

Resumo do Modelo

Modelo	R^2	R quadrado ajustado	Mudança de R^2	Sig. Mudança F	F
1 (Constante) Idade Estado Civil Agreg. Familiar	.073	.056	.073	.006	4.272
2 (Constante) N.º Gravidezes Grav. Planeada Gravidez Viglada Trat. Psicológico	.166	.129	.093	.002	4.401
3 (Constante) Depressão Ansiedade Stress	.297	.252	.131	<.001	9.649
4 (Constante) Vergonha Culpa	.366	.317	.069	<.001	8.315
5 (Constante) Satisfação Amigos Intimidade Satisfação Família Atividades Sociais	.385	.319	.019	.336	1.148
6 (Constante) Int. Emocional Com. Conflito Fun. Familiares Rede Social Autonomia	.459	.380	.074	.002	3.924

a. Variável Dependente: Desespero

Tabela 52
 Preditores do Desespero

Modelo	Coeficientes Padronizados			
	<i>B</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>VIF</i>
1 (Constante)				
Idade	.102	1.344	.181	1.000
Estado Civil	-.048	-.634	.527	1.009
Agregado Familiar	-.240	-3.155	.002	1.010
2 (Constante)				
N.º Gravidezes	-.022	-.297	.767	1.054
Gravidez Planeada	.176	2.254	.026	1.159
Gravidez Vigada	.182	2.361	.019	1.123
Trat. Psicológico	-.124	-1.681	.095	1.035
3 (Constante)				
Depressão	.340	2.508	.013	4.051
Ansiedade	.221	1.694	.092	3.748
Stress	-.158	-1.188	.237	3.890
4 (Constante)				
Vergonha	.157	1.127	.262	4.666
Culpa	.198	1.436	.153	4.602
6 (Constante)				
Int. Emocional	-.183	-1.089	.278	7.506
Com. Conflito	-.022	-.126	.900	8.005
Funções Familiares	.107	.894	.373	3.822
Rede Social	-.095	-.770	.443	4.063
Autonomia	-.130	-.935	.351	5.109

a . Variável Dependente: Desespero

Após efetuado a regressão linear verificou-se que o modelo 1 é estatisticamente significativo [$R^2 = .073$, $F(4.272)$, $p = .006$]. O *Agregado Familiar* revelou ser um preditor do *Desespero* com cerca de 24% da variância do mesmo ($\beta = -.240$, $t = -3.155$, $VIF = 1.010$, $p = .002$). Verificou-se ainda que, o modelo 2 é estatisticamente

significativo [$R^2 = .166$, $F(4.401)$, $p = .002$]. A *Gravidez Planeada* revelou ser um preditor do *Desespero* com cerca de 17% da variância do mesmo ($\beta = .176$, $t = 2.254$, $VIF = 1.159$, $p = .026$). A *Gravidez Vighada* revelou ser um preditor do *Desespero* com cerca de 18% da variância do mesmo ($\beta = .182$, $t = 2.361$, $VIF = 1.123$, $p = .019$). O modelo 3 é estatisticamente significativo [$R^2 = .297$, $F(9.649)$, $p = <.001$]. A *Depressão* revelou ser um preditor do *Desespero* com cerca de 34% da variância do mesmo ($\beta = .340$, $t = 2.508$, $VIF = 4.051$, $p = .013$).

Discussão

O presente estudo teve como objetivo compreender e caracterizar a relação entre a intensidade do luto gestacional e os seus preditores, nomeadamente os sintomas emocionais negativos, designadamente a depressão, a ansiedade e o stress; os sentimentos pessoais a vergonha e a culpa; a satisfação com suporte social e a satisfação conjugal. Por último, analisar qual o impacto na saúde mental da mulher, assim como, as implicações frente a uma gravidez subsequente.

De salientar que a amostra teve na sua composição um leque bastante diversificado em termos de idades (18 e os 76 anos), o que leva a acreditar que contribuirá para uma melhor compreensão sobre o luto gestacional em várias fases da vida da mulher. Além disso, pudesse identificar os fatores de risco e proteção, associados ao luto gestacional. Este aspeto já tinha sido levantado num estudo anterior, como uma sugestão para futura investigação (de Oliveira, 2020).

Nesta sequência, após análise dos resultados verificou-se que as participantes apresentaram um índice médio de luto ativo (39.93%), apontando para a existência de um processo de luto por perda gestacional. Os valores indicam a presença de sintomas emocionais negativos, nomeadamente a depressão (7.59%), a ansiedade (6.17%) e o stress (8.93%), porém os valores registados foram baixos. Foi igualmente registado um baixo índice nos sentimentos pessoais, em que a culpa (12.73%) apresenta um valor mais alto do que a vergonha (9.63%). Relativamente à satisfação com o suporte social, os resultados evidenciam um claro descontentamento com o suporte social, tendo em conta os baixos índices registados na satisfação com amigos (15.72%) e na satisfação com a família (10.61%), podendo representar um impacto negativo na vida social e bem-estar mental na mulher. Além disso, poderá apresentar um fator de risco para a

elaboração do processo de luto de forma saudável. Por outro lado, os resultados demonstraram valores bastante significativos na dimensão intimidade emocional (76.76%), o que indicia a existência de satisfação conjugal. O que leva a querer que a existência de uma maior proximidade e cumplicidade com o companheiro, poderá ser um fator de proteção importante num momento de perda gestacional. Por outro lado, os valores nas restantes subescalas apresentam índices baixos, a comunicação/conflito (27.18%), as funções familiares (14.66%), a rede social (11.49%) e a autonomia (16.21%). O que poderá constituir um grande impacto na mulher e no casal, representando um fator de risco para a estrutura e dinâmica familiar.

Após uma breve contextualização com a apresentação dos resultados obtidos nos principais construtos, serão discutidos os resultados tendo em conta as hipóteses, inicialmente propostas no presente estudo.

Conforme os resultados obtidos a partir das análises de regressão verificou-se que a Hipótese 1 foi confirmada ao demonstrar que os sintomas emocionais negativos estão relacionados positivamente com as várias dimensões da intensidade do luto. Os resultados vieram corroborar com a literatura já existente. Esta refere que, apesar da existência de sintomas de depressão e ansiedade no luto gestacional, estes podem ser considerados normativos face ao contexto, sendo manifestações que são provenientes do sofrimento e da dor emocional causada pela perda. Porém, estes sintomas emocionais não podem impactar de forma a prejudicar o estado de saúde mental da mulher, causando um desajustamento, impactando na perceção da qualidade de vida da mãe enlutada (Nazaré et al., 2011). Estudos realizados junto de mães enlutadas registaram uma elevada associação entre a perda gestacional e a presença de altos índices de ansiedade e depressão (Herbert et al., 2022). Dados recolhidos indicam que entre 15 a

30% das mulheres experienciaram dificuldades ao nível psicoemocional, onde se destaca índices elevados de ansiedade e tristeza. Dentro destes valores, 10% apresentaram quadros clínicos de ansiedade, de depressão e de stress pós-traumático (Rogers et al., 2019; Thiengo et al., 2012; da Silva, 2012; Sunström et al., 2017).

Relativamente à Hipótese 2, os resultados permitem concluir que quanto maior for a presença dos sentimentos pessoais, nomeadamente a vergonha e a culpa, maior será a intensidade do luto perinatal, o que leva à sua confirmação. Num processo de luto há lugar ao sofrimento e à dor, havendo frequentemente a existência de sentimentos e pensamentos disfuncionais, como é o caso da culpa (Canavarro, 2006). É frequente que a mulher apresente um sentimento de culpabilização como forma de dar resposta à sua perda. De salientar que a vergonha e a culpa são fatores que têm um impacto negativo no processo do luto e podem representar-se como preditores de risco (Canavarro, 2001). Estudos anteriores referem que a culpa e a vergonha estão relacionadas com as crenças de negligência, com a incapacidade de gerar um bebé saudável ou manter uma gravidez até o seu término (Kersting & Wagner, 2012; Paris et al., 2016).

Na Hipótese 3, os resultados demonstraram que a satisfação com o suporte social está negativamente relacionada com as várias dimensões da intensidade do luto. O que permite concluir que quanto menos satisfação com o suporte social, maior será a intensidade do luto perinatal, o que leva a confirmar a hipótese 3. O estudo veio confirmar que o suporte social tem um papel fundamental para a mãe que está em processo de luto. A ausência do mesmo pode causar um impacto negativo no equilíbrio e ajustamento da mãe perante a perda do seu filho. Quando não se verificam condições na rede social da enlutada para a partilhar da dor e do sofrimento, este facto pode desencadear um desajustamento e presença de pensamentos disfuncionais como a

vergonha e a culpa, o que culminará num luto não autorizado (Vizinha, 2020). O suporte social apresenta-se como um mecanismo de coping para estas mães. Estas mães enlutadas necessitam de apoio social e emocional para poder realizar homenagens e rituais, como forma de expressar e viver o seu luto, para aceitar e integrar a perda na sua vida, dando um novo significado à sua perda (Paris et al., 2016; Vizinha, 2020).

No que se refere à Hipótese 4, os resultados evidenciam que a satisfação conjugal está negativamente relacionada com as várias dimensões da intensidade do luto. O que permite concluir que quanto maior for a satisfação conjugal, menor será a intensidade do luto perinatal, o que leva a confirmar a hipótese 4. A consolidação de uma relação conjugal é fundamental para um casal que se encontra num processo de luto gestacional, caso contrário, a ausência de um apoio mútuo poderá se refletir na instabilidade familiar, o que pode originar um menor investimento para uma gravidez subsequente. A qualidade da relação amorosa e íntima de um casal pode ter oscilações, provocando alterações que vão desde tensões entre o casal até ao seu distanciamento. O que poderá ser prejudicial para o bem-estar psicológico de ambos, dificultando na elaboração do processo de luto com impacto no planeamento de uma gravidez subsequente (Hutti et al., 2015). Se não houver um apoio mútuo, associado à compreensão, à comunicação e à intimidade emocional, pode originar uma rutura para o casal, provocando um impacto negativo na organização e na dinâmica familiar que, em última instância, pode motivar o divórcio. Sobre esta questão, Camarneiro et al. (2015) referem que a perda de um filho não afeta exclusivamente a mãe, mas sim o companheiro e a restante família, é um processo de luto vivido em conjunto, apesar das características e particularidades de cada um (Camarneiro et al., 2015). A maternidade é algo vivido muito intensamente, onde estão incluídos sonhos, projetos e expectativas

que, com a perda repentina de um filho, podem se dissipar. Se, por um lado, a perda gestacional pode constituir tensões e conflitos entre o casal, existem também casos em que o casal torna-se mais unido, ajudando-se mutuamente perante a dor e o sofrimento pelos quais estão a passar (Kate, 2014; Huttu et al., 2015). É importante que o casal consiga aceitar e integrar a perda de forma adaptativa e ajustada, só assim, poderão vivenciar uma nova gravidez. Caso contrário, quando o luto gestacional não ocorre de forma normativa, na eventualidade de uma gravidez subsequente, pode ter um efeito “reparador”, ou seja, o futuro filho pode ter um papel de “substituto”, o que poderá gerar dificuldade de identidade na criança (Santos, 2015, da Rosa, 2020).

No que diz respeito à Hipótese 5, os resultados evidenciam que existem associações moderadas a fortes positivas significativas entre os sintomas emocionais negativos e os sentimentos pessoais. Os valores revelam que quanto maior for a presença de sentimentos pessoais, tais como a vergonha e a culpa, maior será a presença de sintomas emocionais negativos, nomeadamente a depressão, a ansiedade e o stress. Relativamente aos sintomas emocionais negativos e à satisfação com o suporte social, registaram-se associações fracas a moderadas negativas significativas. Os resultados revelam que, quanto menos satisfação com o suporte social, maior será a presença de sintomas emocionais negativos. Verificou-se ainda que não existem associações estatisticamente significativas entre as subescalas dos sintomas emocionais negativos e as subescalas da satisfação conjugal. Verificou-se ainda a existência de associações fracas a moderadas negativas significativas entre os sentimentos pessoais e a satisfação com o suporte social. Nesse sentido, os resultados revelam que quanto menor for a satisfação com o suporte social, maior será a presença de sentimentos pessoais. No que diz respeito à satisfação com o suporte social e à satisfação conjugal, foram registadas

associações fracas a moderadas positivas significativas. Ou seja, os resultados revelam que quanto maior for a satisfação com o suporte social, maior será a satisfação conjugal. Entre as subescalas da satisfação conjugal e as subescalas dos sentimentos pessoais, não se verificaram associações estatisticamente significativas. Tendo em conta os resultados obtidos, a hipótese 5 foi parcialmente confirmada.

Relativamente à Hipótese 6, após a comparação entre os grupos das variáveis em estudo e a intensidade do luto, verificou-se que apenas as variáveis sociodemográficas: Idade, Estado Civil e Agregado Familiar; nas variáveis clínicas e médicas: Número de Gravidezes, Gravidez Planeada, Gravidez Vigada e o Recurso ao Tratamento Psicológico, foram quem apresentou diferenças. Em função dos resultados, conclui-se que quanto menor a idade, maior é a intensidade do luto. No que diz respeito à idade, verificou-se que as mulheres mais jovens têm um maior índice de sintomatologia depressiva. Esta questão foi analisada anteriormente em estudos, onde se verificou que a presença de um índice elevado na intensidade do luto perinatal pode provocar um impacto negativo na qualidade de vida e bem-estar emocional, havendo a necessidade de recurso ao apoio psicológico (Kersting & Wagner, 2012). A respeito do estado civil e do agregado familiar, o fato de existir um agregado familiar composto por um casal com filhos pode representar um fator de estabilidade familiar, repercutindo-se num melhor ajustamento e adaptação frente a uma perda gestacional. Sendo assim, quanto maior o agregado familiar, menor intensidade no luto. Na variável estado civil, verificaram-se diferenças entre as mulheres solteiras e casadas relativamente à intensidade do luto. Da mesma forma, foi registado que as mulheres solteiras apresentam índices mais altos relativamente à intensidade do luto do que as casadas ou em união de facto, devido à ausência de suporte de um companheiro. A questão da instabilidade familiar poderá

comprometer o planeamento de uma futura gravidez. No que diz respeito às variáveis clínicas e médicas, pode-se afirmar que quanto maior o número de gravidezes, menor é a intensidade de luto. O mesmo aconteceu às variáveis gravidez planeada e vigiada e, ao recurso de tratamento psicológico, isto é, quanto maior for o planeamento da gravidez, menor é a intensidade do luto. Por fim, quanto maior a intensidade do luto perinatal, maior é a necessidade das mulheres recorrerem ao apoio psicológico. Relativamente às restantes variáveis, não foi registada qualquer diferença. Em função destes resultados, pode-se afirmar que a hipótese 6 foi, parcialmente, confirmada.

Por último, após análise de regressão, relativamente à Hipótese 7, foi possível verificar a partir dos resultados que o agregado familiar com 29%, o tratamento psicológico com 16% e a depressão com 48% da variância, são preditores do luto total. No que diz respeito à dimensão do luto ativo, verificou-se como preditores o agregado familiar com 28% e a depressão com a variância de 45%. Na dimensão dificuldades de coping, constataram-se como preditores a idade (14%), o agregado familiar (29%), o tratamento psicológico (18%), a vergonha (25%) e a depressão (58%). Relativamente ao desespero, foi verificado o agregado familiar com 24%, a gravidez vigiada com 18%, a gravidez planeada com 17% e a depressão com uma variância de 34%, como preditores desta dimensão da intensidade do luto.

Face a estes resultados, pode-se concluir que o agregado familiar pode constituir um fator de maior vulnerabilidade, demonstrando existir uma maior predisposição à intensidade do luto perinatal. Este facto refletiu-se nas dimensões do luto ativo, nas dificuldades de Coping com a ausência de estratégias. Dando lugar ao desespero, o que desencadeará dificuldades na elaboração do processo de luto, resultando na necessidade destas mulheres recorrerem ao apoio psicológico. Ainda nesta sequência, estes fatores

podem conduzir à presença de sintomatologia depressiva, apresentando índices de sofrimento emocional. Estudos realizados referem que a mulher que sofre uma perda gestacional apresenta uma maior probabilidade de desenvolver humor deprimido e angústia, havendo a necessidade de suporte emocional para fazer frente à perda gestacional (Lemos & Cunha, 2015). A questão foi igualmente verificada no presente estudo, com a prevalência da depressão em todas as dimensões do luto, que, associado à ausência de suporte social nas mulheres, pode ter um impacto negativo na sua saúde mental. Em consequência desta situação, a perda gestacional pode desencadear na mulher manifestações mais intensas e prolongadas no tempo, com maior probabilidade de desenvolver a perturbação de luto complicado persistente, levando à necessidade de acompanhamento psicológico (Cacciatore et al., 2009; Campbell, 2011; APA, 2022).

A literatura refere que a perda gestacional pode representar uma perda ambígua para a rede social do casal, onde o feto não é visível nem concreto, podendo assim, desencadear um não reconhecimento do luto gestacional (Rios et al., 2016; da Rosa, 2020; Pereira & Lima, 2024).

Porém, a perspectiva de uma futura gravidez poderá significar uma nova esperança, como é o facto de gerar um filho. Quando este facto é acompanhado por um relacionamento afetivo estável, dando condições a uma consolidação na relação entre o casal, este facto irá ajudar o casal a enfrentar o processo de luto. Uma nova gravidez não irá substituir a perda anterior de um filho, mas dará outro significado à vida materna e ao casal (Santos, 2015; da Rosa, 2020).

Relativamente às limitações encontradas durante o presente estudo, a destacar a impossibilidade de realizar a recolha de dados presencialmente, como estava projetado inicialmente, devido a vários impedimentos de ordem burocrática e temporal. Havendo

assim, a necessidade de realizar a divulgação do estudo via *online*. Esta situação mostrou-se limitativa, na medida em que não houve um contacto direto com as participantes, o qual seria muito importante, principalmente, quando é abordado um tema tão delicado como o processo de luto gestacional. Seria benéfico para as mulheres, no momento do preenchimento do questionário, um acompanhamento para esclarecer alguma dúvida e, acima de tudo, dar a possibilidade de monitorizar o estado emocional das participantes. Nunca se saberá quantas desistiram por dificuldades no preenchimento do questionário ou por não se sentirem em condições para vivenciar a sua perda.

Uma sugestão para um futuro estudo seria introduzir a variável sexo, para avaliar as mesmas dimensões psicológicas, a satisfação conjugal e o suporte social no processo de luto por perda gestacional e qual o impacto numa futura gravidez, por parte de cada elemento do casal.

Em suma, os resultados do estudo permitiram replicar, na sua maioria, a confirmação das hipóteses inicialmente propostas, corroborando com resultados de investigações anteriores na temática do luto gestacional. Concluindo-se que o luto gestacional está associado aos sentimentos de vergonha e culpa e à presença de sintomatologia psicológica, como a depressão e a ansiedade. Revelou ainda que os baixos índices de suporte social são, claramente, um indicador de risco, apresentando uma influência negativa com repercussões que poderão impactar no bem-estar psicológico dessas mulheres. No que diz respeito à satisfação conjugal, esta demonstrou ser um fator de proteção, contribuindo para a estabilidade emocional da mulher que enfrenta um processo de luto gestacional e, que pretende planear uma gravidez subsequente. Nesse sentido, os resultados deste estudo mostram a importância da

intervenção psicológica no luto gestacional, identificando os fatores de risco e, por outro lado, os fatores protetores que devem ser considerados em futuros programas de intervenção.

O luto gestacional continua a ser um tema difícil de abordar devido à sua complexidade e, segundo depoimentos de algumas mães enlutadas, sem o reconhecimento da sua perda, contrariamente ao que acontece com o luto parental. Durante a recolha de dados, algumas mulheres relataram que não tiveram qualquer apoio diferenciado na maternidade após a sua perda. Reportaram a existência de uma prática de “desumanização” na maternidade, dando o exemplo de que, após a perda do seu filho, estas eram transferidas para os quartos onde estavam as parturientes com os seus filhos recém-nascidos. Esta questão suscita uma reflexão que deverá ser repensada com o objetivo de desenvolver procedimentos diferenciados para estas mães. Que durante o recobro, após a sua perda, deverão ter acesso a uma outra intervenção, desde a parte logística com quartos direcionados para o efeito, e ao nível de apoio psicológico tanto para a mãe como para o casal que acaba de perder um filho. A questão prende-se com dar condições a estas mães enlutadas, tanto ao nível físico como mental, que a imagem de uma mãe que chega a uma maternidade para concretizar um sonho não seja invadida por uma experiência traumática, saindo da maternidade com um vazio nos seus braços, nos seus sonhos e expetativas. Por outro lado, que seja um promotor para o desenvolvimento de futuros estudos para repensar esta temática, visando implementar medidas e intervenções adequadas a cada caso, onde possa estar associado a projetos de apoio e entreaajuda. Para isso, seria imprescindível a elaboração de protocolos com parcerias com as Unidades de Saúde, os Hospitais e as Maternidades, para que estas instituições fossem envolvidas nestas investigações. Estas intervenções poderão servir

de base para criar condições reais e necessárias para uma tomada de decisão sobre o planeamento de uma futura gravidez, em que a maternidade continua a ser um sonho, que foi por um momento adiado, sem nunca desvalorizar a ausência do bebé que a mãe perdeu.

A personificação do “Bebé Arco-Íris” pode ser uma forma de manter a esperança de ser mãe e, acima de tudo, que a dor da sua perda seja validada e reconhecida, como uma mãe de colo vazio, mas com o coração cheio de amor.

Referências

- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Almeida, L. M. D. (2019). Luto parental na perda gestacional: a morte de um sonho.
- Ampese, D., Perosa, G., & Haas, R. (2007). A influência da atuação da enfermagem aos pais que vivenciaram a morte do feto viável. *BioEthikos*, 1(2), 70-77.
- Arruda, A. P., Santos, H. L., Pacher, I. A. S., & Parraga, M. B. (2021). LUTO MATERNO PERINATAL: A DOR INVISÍVEL. *TCC-Psicologia*.
- Azevedo, A. K. S., & Pereira, S. M. A. (2013). O luto na clínica psicológica: um olhar fenomenológico. *Clínica & Cultura*, 2(2), 54-67.
- Barbosa, A. (2010). Processo de luto. Em *Manual de Cuidados Paliativos* (2a edição, pp. 487–532).
- Barth, M. C., Vescovi, G., & Levandowski, D. C. (2020). Percepção de casais que vivenciaram perda gestacional sobre o apoio social. *Psicologia Argumento*, 38(102), 772-791.
- Bouso, R. S. (2011). A complexidade e a simplicidade da experiência do luto. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), vii-viii. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300001>
- Boyden, J. Y. et al. (2015). Experiences of african american parents following perinatal or pediatric death: a literature review. *Death Studies*, 38, 374-380.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health* (Vol. 2). Geneva: World Health Organization.

- Brandão, F. R. M., & Chalhub, A. (2009). A repercussão da morte de um filho na organização e estrutura familiar: uma revisão de literatura. *Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário Jorge Amado*.
- Bratt, A. S., Stenström, U., & Rennemark, M. (2018). Exploring the most important negative life events in older adults bereaved of child, spouse, or both. *OMEGA: Journal of Death and Dying*, 76 (3), 227-236.
<https://doi.org/10.1177/0030222816642453>
- Cacciatore, J., Schnebly, S., & Froen, J. F. (2009). The effects of social support on maternal anxiety and depression after stillbirth. *Health & Social Care in the Community*, 17(2), 167-176.
- Camarneiro, A. P. F., Maciel, J. C. S. C., & da Silveira, R. M. G. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(5), 109-117.
- Canavarro, M. C. S. (Ed.). (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*
- Canavarro, M. C. (2006). Gravidez e Maternidade – Representações e tarefas de desenvolvimento. In M. C. Canavarro (ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (2ª ed) (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda Gestacional Tardia: Aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Bolentim de Psicologia*, 57(126), 33-48. ISSN 0006-5943
- Cavalcanti, A. K. S., Samczuk, M. L., & Bonfim, T. E. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo informação*, 17(17), 87-105. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v17n17p87-105>

- Chauí, M. (2024). *O ser humano é um ser social* (Vol. 22). WMF Martins Fontes.
- Cohen, J.W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edn). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez – fatores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 3 (24), 197- 209. <https://hdl.handle.net/1822/4217>
- Consonni, E. B., & Petean, E. B. L. (2013). Loss and grieving: The experiences of women who terminate a pregnancy due to lethal fetal malformations. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 26-63. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900021>
- Costa, M. I. S. (2019). *O processo de luto parental após a perda gestacional: um estudo qualitativo* (Doctoral dissertation). <http://hdl.handle.net/10400.14/29940>
- Crenshaw, A. O., Leo, K., & Baucom, B. R. (2019). The Effect of stress on empathic accuracy in romantic couples. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 327. <https://doi.org/10.1037/fam0000508>
- Cunha, A. C. B. D., Pereira Júnior, J. P., Caldeira, C. L. V., & Carneiro, V. M. S. D. P. (2016). Diagnóstico de malformações congênicas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33, 601-611.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2019). *Estatística sem matemática para psicologia*. 7. ed. Porto Alegre, RS: Penso. DOI: 10.15329/2318-0498.20190015
- da Rosa, B. G. (2020). Perda gestacional: Aspectos emocionais da mulher e o suporte da família na elaboração do luto. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 9(2), 86-99.
- de Campos, D. A., & Pinto, L. (Eds.). (2022). *Protocolos de obstetrícia e medicina materno-fetal*. Lidel-Edições Técnicas, Lda.

- da Silva, A. D., Costa, M. E., & Martins, M. (2019). A vivência do luto por perda gestacional na perspectiva do casal: revisão de escopo.
- da Silva Cortez, W., Palermo, C. A., & Fitaroni, J. B. (2018). A importância do suporte psicológico durante o período gestacional e no trabalho de parto: um olhar a partir da abordagem centrada na pessoa. *TCC-Psicologia*.
- da Silva, H. C. P., Silva, A. K. C., da Rocha, R. M. B., de Sousa Ribeiro, A. G., de Oliveira, J. N. A., Mota, L. R., ... & Freitas, T. C. C. (2022). Ansiedade e depressão em gestantes. *Research, Society and Development, 11*(3), e51811325570-e51811325570.
- da Silva, S. M. A. (2012). *Vinculação materna durante e após a gravidez: ansiedade, depressão, stress e suporte social* (Master's thesis, Universidade Fernando Pessoa (Portugal)).
- da Silva Tavares, S. T. N., Gonçalves, T. G., & Levandowski, D. C. (2023). Sobre (viver) entre partidas e chegadas: Investimento em nova gestação após perda gestacional. *Revista Subjetividades, 23*(2), 1-12.
- de Albuquerque, I. R. F., de Almeida Filho, G. N., Melo, D. J. S., Ceryno, B. B., & Pol-Fachin, L. (2022). Relação entre perda gestacional e o desenvolvimento de episódio depressivo Relationship between pregnancy loss and development of depression. *Brazilian Journal of Development, 8*(5), 36661-36673.
- de Campos, F. S. (2018). *Luto paterno na perda gestacional/neonatal* (Doctoral dissertation, PUC-Rio).
- de Carvalho Santos, M. E. L., da Silva, K. G. S., da Silva, C. O., da Silva, E. B., de Sousa Leal, J., Oliveira, C. S., ... & Oliveira, S. A. (2021). Aspectos emocionais

- decorrentes do processo de abortamento: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(6), e33010615673-e33010615673.
- de Oliveira, C. M. (2020). Um amor sem colo: a utilidade dos rituais de luto na perda gestacional.
- de Sousa, T. B. E., & de Almeida Lins, A. C. A. (2020). Repercussões psicológicas da gestação em curso em mulheres com histórico de perda. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), 1-15.
- dos Santos, P. A., da Silva Tavares, S. T. N., Pimenta, C. F., & Levandowski, D. C. (2023). "Meu luto é mais dolorido que o dele": Experiências de Perda Gestacional. *Revista Subjetividades*, 23(3), 1-15.
- Denhup, C. Y. (2019). Bereavement care to minimize bereaved parents` suffering in their lifelong journey towards healing. *Applied Nursing Research*, 151-205. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2019.151205>
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022).
- Dias, M. C. M. (2012). *A Perda Gestacional e o Processo de Luto: Quando o Início é o fim da Vida* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Viseu (Portugal)).
- Dias, N., Docherty, S., & Brandon, D. (2017). Parental bereavement: Looking beyond grief. *Death Studies*, 41(5), 318-327. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1279239>
- Doka, K. J. (1999). Disenfranchised grief. *Bereavement Care*, 18(3), 37-39. <https://doi.org/10.1080/02682629908657467>
- Dornelles, L. M. N., & Lopes, R. C. S. (2011). Será que eu consigo levar essa gestação até o fim? A experiência materna da gestação no contexto da reprodução assistida.

Estudos de Psicologia, 28(4), 489-499. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400009>

Duarte, C. A., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante a perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722009000300009>

Dunker, C. I. L. (2019). Teoria do luto em psicanálise. *Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental*, 8(2), 28-42

Faria-Schützer, D. B., Neto, G. L., Duarte, C. A. M., Vieira, C. M., & Turato, E. R. (2014). Fica um grande vazio: relatos de mulheres que experienciaram morte fetal durante a gestação. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 5(2), 113-132.

Farren, J., Mitchell-Jones, N., Verbakel, J. Y., Timmerman, D., Jalmbrant, M., & Bourne, T. (2018). The psychological impact of early pregnancy loss. *Human Reproduction Update*, 24(6), 731–749. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmy025>

Fernández-Alcántara, M., & Zech, E. (2017). One or multiple complicated grief(s)? The role of kinship on grief reactions. *Clinical Psychological Science*, 5(5), 851-857. <https://doi.org/10.1177/2167702617707291>

Ferreira, L. M., Góis, G. M., Faria, M. D. C., & Correia, M. D. J. (1990). O luto por morte perinatal e/ou malformação do bebê. *Análise Psicológica*, 8, 399-402.

França, F. I. (2009). *A importância do bebê imaginário na vinculação materno fetal* (Doctoral dissertation).

Freire, T.C.G. de P. (2012). *Transparência psíquica em nova gestação após natimorto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF.

Gabriel, S., Paulino, M. & Baptista, T. M. (2021). Intervenção Psicológica no Luto Parental. In S. Gabriel, M. Paulino & T. M. Baptista (Eds.), *Luto Manual de*

Intervenção Psicológica (1.^a ed., 183-218). Pactor: Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação

Gesteira, S. M. A., Barbosa, V. L., & Endo, P. C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(4), 462-467.
<https://doi.org/10.1590/S0103-21002006000400016>

Gonçalves, R. M. T. (2013). *Vinculação Paterna ao Feto: Ansiedade e Perceção da Qualidade* (Master's thesis, Universidade Catolica Portuguesa (Portugal)).

Guimarães, A. B. P., Bettega, D. P. J., Medina, G. B. K., Sauerman, R. M., & Branco, Z. B. C. (2024). Processo de luto na vida do casal e a infidelidade. *Revista Brasileira de Terapia Familiar*, 12(1).

Hanschmidt, F., Treml, J., Klingner, J., Stepan, H., & Kersting, A. (2018). Stigma in the context of pregnancy termination after diagnosis of fetal anomaly: Associations with grief, trauma, and depression. *Archives of Women`s Mental Health*, 21(4), 391-399. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0807-9>

Harder, D. H., & Greenwald, D. F. (1999). Further validation of the shame and guilt scales of the Harder Personal Feelings Questionnaire – 2. *Psychological Reports*, 85, 271-281. Harder, D. H. & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55(3&4), 729-745.

Hastings, S. O. (2000). Self-disclosure and identity management by bereaved parents. *Communication Studies*, 51(4), 325-371.
<https://doi.org/10.1080/10510970009388531>

Hazen, M. A. (2003). *Societal and work place responses to perinatal loss: Disenfranchised grief or healing connection*. SAGE Publications, 147–166

- Herbert, D., Young, K., Pietrusińska, M., & MacBeth, A. (2022). The mental health impact of perinatal loss: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 297, 118–129. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.10.026>
- Hill, P. W. et al. (2017). The loss of self: The effect of miscarriage, stillbirth, and child death on maternal self-esteem. *Death Studies*, 41(4), 226-235.
- Hutti, M. H., Armstrong, D. S., Myers, J. A., Hall, L. A., & Grady, K. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 42-50.
- Iaconelli, V. (2007). Luto Insólito, desmentido e trauma: clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614-623. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Kate, D. (2014). Uma visão psicológica dos processos de luto em abortamentos [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Católica Brasília]. Recuperado <https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/5048/2/Doyane%20Kate%20Soares%20Vieira.pdf>
- Kersting, A., & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 187-194.
- Kokou-Kpolou, K. Megalakaki, O., & Nieuviarts, N. (2018). Persistent depressive and grief symptoms for up to 10 years following perinatal loss: Involvement of negative cognitions. *Journal of Affective Disorders*, 241, 360-366. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.063>
- Könes, M. Ö., & Yildiz, H. (2021). The level of grief in women with pregnancy loss: A prospective evaluation of the first three months of perinatal loss. *Journal of*

Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 42(4), 346-355.
<https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1759543>

Kubler-Ross, Elizabeth (2008). *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes*. 9. Ed. São Paulo: Martins Fontes.

Lacana, C. J. L. (2023). O cuidado ao luto perinatal: uma dor silenciada.

Lafarge, C., Rosman, S., & Ville, I. (2019). Pregnancy termination for fetal abnormality: Ambivalence at the heart of women`s experience. *Women`s Studies International Forum*, 74, 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.02.007>

Leal, E. L., da Silva, B. F., Heck, G. K. S., Boff, D. D., & Rieth, C. E. (2019, May). O Acolhimento Psicológico na Perda Gestacional e Morte Neonatal. In *Semana do Bebê de Canela*.

Leal, R. M. F., & Moreira, I. C. (2017). Morte fetal na família: como podemos ajudar. In *Uma revisão sistemática de literatura. Anais do Sexto Congresso Internacional ASPEM: A pessoa, a Família, a Comunidade e a Saúde Mental. Unicentro. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/317499959_Morte_fetal_na_familia_Como_podemos_ajudar*.

Lemos, L. F. S., & Cunha, A. C. B. D. (2015). Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: ciência e profissão*, 35, 1120-1138. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001582014>

Lima, M. D. O. P., Tsunechiro, M. A., Bonadio, I. C., & Murata, M. (2017). Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30, 39-46.

- Lopes, B. G., Martins, A. R., Carletto, M. R., & de Oliveira Borges, P. K. (2019). A dor de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno. *Revista Stricto Sensu*, 4(2).
- Lopes, T. D. C. R. (2013). E era uma vez o fim: representações da morte na literatura infantil. *Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Comunicação, Habilitação em Produção Editorial)–Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.*
- Martins, P. S. R. (2019). *Impacto de uma perda gestacional na vivência materna da gravidez subsequente* (Doctoral dissertation).
- McBride, M. C., & Tooler, O. (2011). Negotiation of face between bereaved parents and their social networks. *Southern Communication Journal*, 76(3), 210-229.
<https://doi.org/10.1080/10417940903477647>
- McCreight, B. S. (2004). A grief ignored: narratives of pregnancy loss from a male perspective. *Sociology of health & illness*, 26(3), 326-350.
- McDonald, S. A., Dasch-Yee, K. B., & Grigg, J. (2019). Relationship outcomes following involuntary pregnancy loss: The role of perceived incongruent grief. *Illness, Crisis & Loss*, 1-11. <https://doi.org/10.1177/1054137319885254>
- Mendes, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora
- Mendonça, C. S. D. Á. (2018). *Interrupção espontânea da gravidez, morte fetal e perda perinatal: luto e fatores protetores* (Doctoral dissertation).
- Monteiro, M. S. R. M. (2020). *A influência da satisfação conjugal, do apoio social e dos estados emocionais negativos no processo de luto decorrente de uma perda gestacional* (Doctoral dissertation).
- Mourão, A. F. D. S. (2016). *Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens e*

- comunicação do casal acerca da perda: percepção feminina* (Master's thesis).
- Mullin, A. (2015). Early Pregnancy losses: Multiple meanings and moral considerations. *Journal of Social Philosophy*, 46(1), 27–43. <https://doi.org/10.1111/josp.12085>
- Murphy, S., & Cacciatore, J. (2017, June). The psychological, social, and economic impact of stillbirth on families. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* (Vol. 22, No. 3, pp. 129-134). WB Saunders.
- Muza, J. C., de Sousa, E. N., da Rocha Arrais, A., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3), 34-48. ISSN: 1516-3687
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos.
- Nazaré, B.; Fonseca, A.; Pedrosa, A. A. & Canavarro, M. C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Perita – Revista Portuguesa de Psicologia*, (3), 37-46. <http://hdl.handle.net/10316/14322>
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2011). Gravidez subsequente a uma interrupção médica: Especificidades de género na relação entre luto perinatal, psicossomatologia e qualidade de vida.
- Neimeyer, R., Burke, L., Mackay, M., & van Dyke Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: from principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73–83. doi:10.1007/s10879-009-9135-3
- Norgren, M. B. P., Souza, R. M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H. & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*.9 (3), 575-584.

- Oliveira, C. M. D., Silva, A. D., Ramalho, C., Costa, M. E., & Martins, M. V. (2022). Effects of marital satisfaction and ritual utility on bereavement experience in abortion. *Cogitare Enfermagem*, 27, e82691.
- Omar, N., Major, S., Mohsen, M., Al Tamimi, H., El Taher, F., & Kilshaw, S. (2019). Culpability, blame, and stigma after pregnancy loss in Qatar. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 1-8.
- Osta, N. M., Amundarain, S. Q., Pérez, I. S., Araiz, I. T., & Martínez, I. U. (2012). El duelo desautorizado: muerte perinatal Pechos llenos, brazos vacíos.
- Pallant, J. (2011). Survival manual. *A step by step guide to data analysis using SPSS*, 4(4).
- Paris, G. F., Montigny, F. D., & Pelloso, S. M. (2016). Factors associated with the grief after stillbirth: a comparative study between Brazilian and Canadian women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(04), 0546-0553.
- Pereira, L. C., & de Lima, G. M. M. (2024). Luto Não Reconhecido e Perda Gestacional: Conhecendo experiências de mães pauloafonsinas que perderam seus bebês.
- Pires, L. P., de Souza Ferreira, F. C., de Souza, L. C., & Rodrigues, G. C. (2024). A espiritualidade e o luto na morte perinatal: uma revisão narrativa. *O Mundo da Saúde*, 48.
- Poli, M. C. (2008). O psicanalista como crítico cultural: o campo da linguagem e a função do silêncio. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(2), 365-378. ISSN 2175-3644
- Porschitz, E. T., & Siler, E. A. (2017). Miscarriage in the workplace: An autoethnography: miscarriage in the workplace. *Gender, Work & Organization*, 24(6), 565–578. <https://doi.org/10.1111/gwao.12181>
- Potvin, L., Lasker, J. N., & Toedter, L. J. (1989). Measuring grief: A short version of

- the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 29 – 45
- Ramires, V. R. R., & Schneider, M. S. (2010). Revisitando alguns conceitos da teoria do apego: comportamento versus representação? *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26, 25-33. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100004>
- Reda, S., de Oliveira Trintinalha, M., Okamoto, C., Maia, N. T., Nishihara, R. M., Mendes, G. B., & Pucci, C. M. (2021). Avaliação do luto familiar na perda gestacional e neonatal. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 54(1), e174765-e174765
- Resende, I. G. (2021). *Adaptação e vivência da gravidez após perda gestacional anterior* (Doctoral dissertation).
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17 (3), 547-558. ISSN 0870-8231
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A. A. J. D., & Leal, I. P. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, saúde & doenças*, 2229-239.
- Riley, L. P., LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., & Murphy, B. A. (2007). Parental grief responses and personal growth following the death of a child. *Death Studies*, 31(4), 277-299. <https://doi.org/10.1080/07481180601152591>
- Rios, T. S., dos Santos, C. S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: Relato de experiência. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(1), 98-107.
- Rodrigues, A. R. M., Rodrigues, D. P., Nunes, F. J. B. P., de Melo Fialho, A. V., & Queiroz, A. B. A. (2021). Representações sociais elaboradas por gestantes sobre

- gravidez, gravidez de alto risco e hospitalização no ciclo gravídico. *Enfermagem em Foco*, 12(5).
- Rodrigues, V. M. A. (2015). Uma revisão da literatura acerca do processo de elaboração do luto no sistema familiar e os manejos usados por psicólogos nesse contexto. *Psicologia. pt o portal dos psicólogos*, (5).
- Rogers, J. L., Crockett, J. E., & Suess, E. (2019). Miscarriage: An ecological examination. *The Professional Counselor*, 9(1), 51–66. <https://doi.org/10.15241/jlr.9.1.51>
- Rosado, J. S., & Wagner, A. (2015). Qualidade, ajustamento e satisfação conjugal: revisão sistemática da literatura. *Pensando famílias. Porto Alegre. Vol. 19, n. 2 (dez. 2015), p. 21-33.*
- Santos, D. P. B. D. D. (2015). *A elaboração do luto materno na perda gestacional* (Doctoral dissertation).
- Santos, L. T. D. (2022). Sentimentos da mulher na perda perinatal e os cuidados de enfermagem no manejo do luto materno: uma revisão de escopo.
- Schlösser, A. (2014). Interface entre saúde mental e relacionamento amoroso: um olhar a partir da psicologia positiva. *Pensando famílias*, 18(2), 17-33
- Silva, A. C. D. O., & Nardi, A. E. (2011). Terapia cognitivista-comportamental para perda gestacional: resultados da utilização de um protocolo terapêutico para luto. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 38, 122-124.
- Silva, L. R. D. (2023). A influência da religiosidade/espiritualidade no processo do luto gestacional e infantil.
- Silva, M. C. D. (2020). Crianças arco-íris: A experiência de maternidade após perda gestacional/neonatal.
- Silveira, G. M. M. D. (2021). *Vivência do luto inesperado por perda gestacional tardia*

(Doctoral dissertation).

- Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: A decade on. *OMEGA-journal of Death and Dying*, *61*(4), 273-289.
- Sundström Poromaa, I., Comasco, E., Georgakis, M. K., & Skalkidou, A. (2017). Sex differences in depression during pregnancy and the postpartum period. *Journal of neuroscience research*, *95*(1-2), 719-730.
- Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P. & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress & Coping*, *20*(4), 353-367.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(3), 455-471.
- Teodózio, A. M., Barth, M. C., Wendland, J., & Levandowski, D. C. (2020). Particularidades do luto materno decorrente de perda gestacional: Estudo qualitativo. *Revista Subjetividades*, *20*(2), 1-14.
- Teodózio, A. M., Barth, M. C., & Levandowski, D. C. (2022). Percepções e sentimentos sobre o bebê subsequente à perda gestacional. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *74*
- Thiengo, D. L., Santos, J. F. D. C., Fonseca, D. L., Abelha, L., & Lovisi, G. M. (2012). Depressão durante a gestação: um estudo sobre a associação entre fatores de risco e de apoio social entre gestantes. *Cadernos Saúde Coletiva*, *20*, 416-426.
- Toller, P. W. (2008). Bereaved parents` negotiation of identify following the death of a child. *Communication Studies*, *59*(4), 306-321.
<https://doi.org/10.1080/10510970802467379>

- Unicatólica, P. A., Beserra, A. C. D. S., Feitosa, J. D. S., & Maia, A. H. N. (2023). Luto Materno: Suporte Psicológico à Mulher após a Perda Gestacional. *Mostra de Psicologia e Mostra de Práticas Integrativas*, 15(29).
- Vescovi, G., & Levandowski, D. C. (2023). Percepção sobre o cuidado à perda gestacional: estudo qualitativo com casais brasileiros. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, e252071
- Vidal, M. (2010). Gravidez após morte perinatal: sobre a relação da mãe com o bebê sobrevivente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 3185-3190.
- Visintin, C. D. N., Inacarato, G. M. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2020). Imaginários de mulheres que sofreram perda gestacional. *Estilos da Clínica*, 25(2), 193-209.
- Vizinha, J. R. F. (2020). *Vivência psicológica de uma gravidez posterior a uma interrupção espontânea da gravidez: culpa, vergonha, luto perinatal e vinculação pré-natal* (Doctoral dissertation).
- Voss, P., Schick, M., Langer, L., Ainsworth, A., Ditzen, B., Strowitzki, T., ... & Kuon, R. J. (2020). Recurrent pregnancy loss: a shared stressor---couple-orientated psychological research findings. *Fertility and Sterility*, 114(6), 1288-1296.
- WHO. (2022a). Stillbirth. World Health Organization. https://www.who.int/healthtopics/stillbirth#tab=tab_
- WHO. (2022b). Why we need to talk about losing a baby. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/spotlight/why-we-need-to-talk-about-losing-a-baby>
- Winnicott, D. W. (1983). O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*, 70-78.

Worden, J. W. (2013). Aconselhamento do luto e terapia do luto: Um manual para profissionais da saúde mental (4a edição). Roca

World Health Organization (2006). Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. Geneve: Author

ANEXOS

Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente

Mestrado Psicologia Clínica – Universidade Lusíada de Lisboa 2023

Investigadora: Paula Cristina Esteves Machado Pereira

Orientadora: Professora Doutora Joana Lopes

Consentimento Informado

Declaro que tomei conhecimento e compreendi o esclarecimento que me foi apresentado sobre a investigação em curso e o estudo em que serei incluída.

Fui informada de que a minha participação no estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer obrigação de justificação. Aceito participar no presente estudo, preenchendo o inquérito onde consta o Questionário Sociodemográfico e Clínico, a Escala de Satisfação com o Suporte Social - ESSS, a Escala de Intensidade do Luto Perinatal, a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress - EADS, o Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa e, por fim, a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal - EASAVIC. Onde serão recolhidas várias informações da vida pessoal, nomeadamente, a nível individual, conjugal e social, bem como do histórico clínico e médico relativamente à gravidez e à perda gestacional.

Todos os dados recolhidos são anónimos e confidenciais e serão trabalhados estatisticamente a nível coletivo e nunca individual.

Para qualquer questão, poderá contactar a investigadora através do endereço de correio eletrónico christinaepereira.psi@gmail.com

Aceito Não Aceito

Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

Pedido de autorização para o uso da Escala de Satisfação com o Suporte Social

2 mensagens

Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

19 de janeiro de
2024 às 23:16

Para: paisribeiro@gmail.com

Exmo. Senhor Professor Doutor José Luís Pais-Ribeiro,

Eu, Paula Cristina Esteves Machado Pereira, venho por este meio solicitar a utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social, na minha Tese de Mestrado em Psicologia Clínica que decorre na Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Joana Lopes, com o tema “ Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente”.

Agradecendo desde já, a sua atenção dispensada e aguardando a sua autorização.

Aproveito para lhe endereçar os meus melhores cumprimentos.

Cristina Pereira



Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

Pedido de autorização para o uso da Escala de Satisfação com o Suporte Social

Jose Ribeiro <paisribeiro@gmail.com>

21 de janeiro de 2024 às 09:43

Responder a: jlpr@fpce.up.pt

Para: Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

Caras Colegas

Autorizamos o uso da versão da Escala de Satisfação com o Suporte Social que desenvolvemos para uso com a população portuguesa. Na minha web page, na secção books, encontra o manual desta escala.

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications<https://scholar.google.pt/citations?user=8OnOW5MAAAAJ&hl=en>

[Citação ocultada]

--

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

 Gmail Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

Pedido de autorização para o uso da Escala de Intensidade do Luto Perinatal
8 mensagens

Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

19 de janeiro de
2024 às 23:20

Para: jjusto@psicologia.ulisboa.pt

Exmo. Senhor Professor Doutor João Justo,

Eu, Paula Cristina Esteves Machado Pereira, venho por este meio solicitar a utilização da Escala de Intensidade do Luto Perinatal, na minha Tese de Mestrado em Psicologia Clínica que decorre na Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Joana Lopes, com o tema “ Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente”.

Agradecendo desde já, a sua atenção dispensada e aguardando a sua autorização.

Aproveito para lhe endereçar os meus melhores cumprimentos.

Cristina Pereira



Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

Pedido de autorização para o uso da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

19 de janeiro de 2024 às
23:26

Para: paisribeiro@gmail.com

Exmo. Senhor Professor Doutor José Luís Pais-Ribeiro,

Eu, Paula Cristina Esteves Machado Pereira, venho por este meio solicitar a utilização da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress, na minha Tese de Mestrado em Psicologia Clínica que decorre na Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Joana Lopes, com o tema “ Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente”.

Agradecendo desde já, a sua atenção dispensada e aguardando a sua autorização.

Aproveito para lhe endereçar os meus melhores cumprimentos.

Cristina Pereira



Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

**Pedido de autorização para o uso da Escala de Ansiedade,
Depressão e Stress**

Jose Ribeiro <paisribeiro@gmail.com>

21 de janeiro de 2024 às 09:41

Responder a: jlpr@fpce.up.pt

Para: Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

Cara Colega

Autorizamos o uso da versão da EADS-21 que desenvolvemos para uso com a população portuguesa. A escala encontra-se no texto de validação cujo link enviamos

<https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1058/1/PSD%202004%205%282%29%20229-239.pdf>

Cordialmente

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

<https://scholar.google.pt/citations?user=8OnOW5MAAAAJ&hl=en>

[Citação ocultada]

--

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

 Gmail Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

**Pedido de autorização para o uso do Questionário de Sentimentos Pessoais -
Escala de Vergonha e Culpa**

2 mensagens

Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com> 23 de janeiro de
2024 às 21:35

Para: geral@psicologia.ulisboa.pt

Exmos. Senhores,

Eu, Paula Cristina Esteves Machado Pereira, venho por este meio solicitar, o contacto do Professor Doutor Manuel Luís de Carvalho Geda, para proceder ao devido pedido de autorização para a utilização da versão portuguesa do Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Vergonha e Culpa, na minha Tese de Mestrado em Psicologia Clínica que decorre na Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Joana Lopes, com o tema “ Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente”.

Agradeço desde já, a atenção dispensada.

Sem outro assunto, com os melhores cumprimentos.

Cristina Pereira



Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

Pedido de autorização para o uso da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

19 de janeiro de 2024 às
23:33

Para: inarciso@psicologia.ulisboa.pt

Exma. Senhora Professora Doutora Isabel Narciso,

Eu, Paula Cristina Esteves Machado Pereira, venho por este meio solicitar a utilização da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal, na minha Tese de Mestrado em Psicologia Clínica que decorre na Universidade Lusíada de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Joana Lopes, com o tema “ Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente”.

Agradecendo desde já, a sua atenção dispensada e aguardando a sua autorização.

Aproveito para lhe endereçar os meus melhores cumprimentos.

Cristina Pereira

Isabel Santa Barbara

21 de janeiro de 2024

Narciso <inarciso@psicologia.ulisboa.pt>

às 11:34

Para: Cristina Pereira <christinapereira.psi@gmail.com>

Cara Cristina Pereira

Autorização concedida.

Votos de bom trabalho.

Os meus cumprimentos

Isabel Narciso

[Citação ocultada]

3 anexos

 **Dados Psicométricos EASAVIC.doc**
214K

 **EASAVIC.doc**
89K

 **Referência EASAVIC.docx**

Pedido de aprovação pela Comissão de Deontologia do Projeto de Investigação



Instituto de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade Lusíada de Lisboa

Declaração

Paula Cristina Esteves Machado Pereira, aluna nr. 11011119, do 2.º ano do Mestrado de Psicologia Clínica, vem por este meio solicitar junto da Comissão de Deontologia da Universidade Lusíada de Lisboa, a aprovação do projeto de investigação “ Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente”, que terá a totalidade da sua duração de 4 meses, com início no dia 23 de Fevereiro de 2024, concluindo assim, em 22 de Junho de 2024.

Lisboa, 18 de dezembro de 2023

A requerente,

Paula Cristina Esteves Machado Pereira



UNIVERSIDADE LUSÍADA
LISBOA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
Requerimento para registo do Título/Tema e aceitação de orientador

Magnífico Reitor
da Universidade Lusíada (Lisboa)

Eu, Paula Cristina Esteves Machado Pereira, n.º 11011119, inscrita no 2.º Ciclo de Estudos no Mestrado em Psicologia Clínica, (considerando as palavras-chave, o objeto da investigação, os principais objetivos a atingir, a justificação da escolha do tema, estrutura da dissertação e a bibliografia, conforme formulário em anexo) venho, ao abrigo do disposto nos artigos 18.º e 20.º do *Regulamento de Mestrados da Universidade Lusíada* (Lisboa), requerer a V. Ex.ª o registo do título/tema, "Um Colo Vazio mas, com o Coração cheio de Amor" - Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente e a aceitação como Orientadora da Prof.^(a) Doutora Joana Lopes, de acordo com a Declaração de Aceitação, também em anexo.

Lisboa e Universidade Lusíada, 22 de Novembro de 2023.

A Estudante [assinatura]

Parecer da Orientadora sobre o projeto apresentado:	
O projeto de investigação apresentado encontra-se bem estruturado e fundamentado e em conformidade com as boas práticas da investigação científica, destacando-se o rigor e a relevância do estudo a desenvolver.	
Data: 27/11/2023	Assinatura:
Parecer do Diretor da Unidade Orgânica sobre o projeto apresentado e Orientador(a) proposto(a):	
Data:	Assinatura:
Despacho do Reitor:	



UNIVERSIDADE LUSÍADA
LISBOA

Data:	Assinatura:
--------------	--------------------

Fundação Minerva - Cultura - Ensino e Investigação Científica
Rua da Junqueira, 188 a 198 - 1349-001 Lisboa - Telefone: 213 611 500 - Fax: 213 638 307
E-mail: info@lis.ulusiada.pt • Internet: www.lis.ulusiada.pt



UNIVERSIDADE LUSÍADA
LISBOA

DECLARAÇÃO

Prof^a. Doutora Joana Gonçalves Lopes, Professora da Universidade Lusíada (Lisboa), declara aceitar a orientação da dissertação de Mestrado de Paula Cristina Esteves Machado Pereira, n.º 11011119, estudante do 2.º ano do Mestrado em Psicologia Clínica, subordinada ao título/tema "Um Colo Vazio mas, com o Coração cheio de Amor" - Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente.

Lisboa e Universidade Lusíada, 22 de Novembro de 2023

Assinatura:



Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada
Parecer

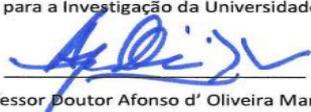
Referência:	UL/CE/CIPD/2406
Requerente:	Dr.ª Paula Cristina Esteves Machado Pereira
Assunto:	Pedido de apreciação sobre o protocolo de investigação
Tipo:	Projeto de Dissertação de Mestrado
Título:	"Um Colo Vazio mas, com o Coração cheio de Amor" - Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente
Estudante:	Dr.ª Paula Cristina Esteves Machado Pereira
Orientador:	Prof.ª Doutora Joana Gonçalves Lopes
Parecer da Comissão:	Positivo, com recomendação para monitorização próxima por parte do orientador, em concordância com os termos descritos no parecer do Consultor designado, na reunião da Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada, do dia 19 de fevereiro de 2024.
Consultor designado:	Prof.ª Doutora Rita Antunes

A Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada recebeu o pedido de parecer em relação à realização do estudo **"Um Colo Vazio mas, com o Coração cheio de Amor" - Perceção das experiências, aspetos emocionais, satisfação conjugal e suporte social no processo de luto por perda gestacional e o impacto na gravidez subsequente**, a desenvolver no âmbito da dissertação do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Lusíada, *campus* de Lisboa, pela estudante **Dr.ª Paula Cristina Esteves Machado Pereira**, sob orientação da **Prof.ª Doutora Joana Gonçalves Lopes**.

Na sua reunião do dia **19 de fevereiro de 2024** a Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada deliberou dar **parecer positivo, com recomendação para monitorização próxima por parte do orientador**, à realização deste estudo, em concordância com os termos descritos no parecer do Consultor designado, com a referência **UL/CE/CIPD/2406**.

O parecer emitido pela Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada refere-se aos termos e condições descritas no processo objeto do parecer. Alterações a esses termos e condições deverão ser comunicados à Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada, explicitando as eventuais alterações. A Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada solicita uma cópia eletrónica do documento descritivo dos resultados do projeto (ex. relatório final).

O Presidente da Comissão de Ética para a Investigação da Universidade Lusíada


 (Professor Doutor Afonso d' Oliveira Martins)



ILID - Instituto Lusíada de Investigação e Desenvolvimento
 Rua de Junqueira, 100-120 | 1349-001 Lisboa | t.: +351 213 611 290
 e.: ilid.anapp@lis.ulusiada.pt | w.: www.ulusiada.pt



Questionário Sociodemográfico e Clínico

Idade: _____

Estado Civil:Solteira Casada/União de facto Divorciada/Separada Viúva Escolaridade:

1. Analfabeta
2. 1º Ciclo Ensino Básico (4.º ano)
3. 2º Ciclo Ensino Básico (5.º e 6.º ano)
4. 3º Ciclo Ensino Básico (9.º ano)
5. Ensino Secundário (12.º ano)
6. Bacharelato/Licenciatura
7. Mestrado
8. Doutoramento

Situação profissional:Empregado Desempregado Estudante Outra Agregado Familiar:

1. Vive sozinha
2. Vive sozinha com os filhos
3. Vive com marido/companheiro
4. Vive com pais
5. Vive com marido/companheiro e filhos
6. Vive com amigos/colegas

Tem alguma Religião: Sim Não

Número de gravidezes

1

2

3 ou mais

Gravidez planeada: Sim Não

Gravidez desejada: Sim Não

Gravidez vigiada: Sim Não

Foi necessário a utilização de tratamento de infertilidade: Sim Não

Alguma gravidez foi de risco: Sim Não

Perda Gestacional

1

2

3 ou mais

Aborto espontâneo: Sim Não

Interrupção Voluntária de Gravidez: Sim Não

Interrupção Médica de Gravidez: Sim Não

Infertilidade Prolongada: Sim Não

Causa da perda gestacional

Causa desconhecida

Causa conhecida

História Psiquiátrica:

Já teve ou está efetuar algum tratamento psicológico/psiquiátrico: Sim Não

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração no presente estudo!

Cronograma de Execução da Dissertação
Calendário Ano 2023/2024

	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto
Revisão Bibliográfica	X	X	X								
Enquadramento Teórico	X	X	X	X	X						
Recolha de Dados					X	X	X				
Análise de Dados							X	X	X	X	X
Resultados Discussão							X	X	X	X	X
Considerações Finais								X	X	X	X
Entrega											X