

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A ELABORAÇÃO DO LUTO MATERNO
NA PERDA GESTACIONAL**

Daniela Patrícia Beja Duarte dos Santos

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A ELABORAÇÃO DO LUTO MATERNO
NA PERDA GESTACIONAL**

Daniela Patrícia Beja Duarte dos Santos

Dissertação orientada pelo Professor Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2015

Agradecimentos

Ao Professor Doutor João Justo, porque há caminhos que só se fazem com a presença de quem sabe, de quem partilha, de quem acredita, de quem se rege pelo respeito pelo outro. Um profundo agradecimento pela disponibilidade, pela paciência infinita, pelo conhecimento académico e da vida, e pela generosidade durante este percurso.

À Maternidade Dr. Alfredo da Costa por todo o carinho com que me receberam para a concretização deste projecto.

A todas as participantes da investigação, pois sem elas, sem a partilha da sua dor, nada disto seria possível.

A todas as colegas de faculdade com quem tanto partilhei. Um agradecimento com muito carinho à Mara, à Nádia, à Sónia e à Vanda, por todas as gargalhadas, as lágrimas partilhadas, o apoio nos momentos difíceis. Por todos os jantares, almoços, lanches, pequenos-almoços e “acampamentos”! Um profundo obrigada também à Joana, pelas palavras de incentivo e por, juntamente com a Mara, me terem aberto a porta de sua casa.

A toda a minha família, por nunca duvidarem de mim e do que eu seria capaz.

Um agradecimento muito ternurento à Lara e à Rita que, na sua inocência de crianças, me fazem todos os dias querer ser mais e melhor.

Aos meus avós, por terem sido um suporte em toda a minha vida, por me embalarem, por me segurarem em tantos momentos. Ao meu avô Beja, em especial, pela compreensão nas minhas ausências, pela sabedoria e serenidade, por ainda cá estar e poder partilhar este momento comigo ... O medo que eu tive que isto não acontecesse!

Aos meus pais, por me deixarem voar, independentemente do sítio para onde eu quisesse ir. Pelos sacrifícios, pela confiança, pela certeza do que eu seria capaz quando nem eu própria sabia. Ao meu pai, em especial, por continuar a lutar todos os dias, pelo abraço que tanto esperei, pelas lágrimas partilhadas nos últimos meses...Continuamos cá!

Ao João, pelo colo e paciência em tantos momentos. Por me trazer a acalmia no meio da tempestade, pelos abraços fortes, por me limpar as lágrimas, por me levantar tantas vezes nos últimos tempos. Por não desistir de mim. Por tudo...

Ao Nuno, com muitas saudades.

*“Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais;
Somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos;
Somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos,
os impulsos a que cedemos, sem querer.” (Freud)*

Resumo

Objectivo: No presente estudo, pretendeu-se compreender de que forma se organizam as vivências maternas após uma perda gestacional. Sobretudo, pretende-se compreender que factores contribuem para que essas vivências apresentem variações mais amplas ou mais restritas.

Amostra: As participantes, com idades entre os 20 e os 40 anos, sofreram uma perda gestacional, sem limite quanto ao número de semanas de gestação no momento da perda, incluindo mulheres com perdas gestacionais anteriores à mais recente.

Instrumentos: A investigadora começou por preencher o Questionário Sociodemográfico e Clínico com base nas informações dadas pelas mães. Seguiu-se a EADS, o ICAC, a Escala de Vergonha e Culpa e a EASAVIC, todos preenchidos pelas participantes.

Hipóteses: O número de semanas de gestação da perda gestacional mais recente, o número de perdas gestacionais e o número de filhos vivos existentes no momento da perda gestacional mais recente dão contributos significativos para a explicação da variância estatística das variáveis vivências psicopatológicas, avaliação do auto-conceito, sentimento de culpabilidade e percepção da satisfação conjugal.

Resultados e conclusão: O número de semanas de gestação da perda mais recente dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da satisfação conjugal na rede social. O número de semanas gestacionais no momento da perda mais recente e as circunstâncias em que ocorre parecem ter influência na forma como é elaborado o luto. No entanto, torna-se relevante a existência de estudos posteriores com uma amostra mais alargada para que seja possível compreender claramente a dimensão das variações na vivência do luto por perda gestacional.

Palavras-chave: Perda; Gestação; Ansiedade; Depressão; Stress; Auto-conceito; Culpabilidade; Satisfação conjugal

Abstract

Goal: At the present study it was aimed to understand the organization of maternal experiences after a gestational loss. Above all we tried to understand which factors contribute for those experiences to present higher or smaller variations.

Participants: Participants were women aged between 20 and 40 years old, who suffered gestational loss, without restriction about the number of gestational weeks at the moment of the loss, including women with gestational losses previous to the most recent one.

Instruments: The researcher started by filling the Sociodemographic and Clinical Questionnaire based at the information offered by mothers. After that, ADSS, SCCI, The Shame and Guilt Scales and ASSAML were filled by participants.

Hypotheses: The number of gestational weeks at the moment of the most recent loss, the number of gestational losses and the number of living children at the moment of the most recent loss contribute significantly for the explanation of the statistical variance of variables psychopathological experiences, self-concept evaluation, guilt feelings and marital satisfaction perception.

Results and conclusion: The number of gestational weeks at the most recent loss contributes significantly to the explanation of the statistical variance of marital satisfaction at the social network. The number of gestational weeks at the most recent loss and its circumstances seem to influence the way grief is elaborated. Never the less, it becomes relevant the existence of further studies with a larger sample in order to clearly understand the magnitude of variations at the experience of grief due to gestational loss.

Keywords: Loss; Gestation; Anxiety; Depression; Stress; Self-concept; Guilt feelings; Marital satisfaction

Índice

1. Luto.....	1
1.1. Perda e reacção característica	1
1.2. Fases do luto	2
1.3. Tipos de luto	2
2. Gravidez.....	5
2.1. Gestação.....	6
2.1.1. Primeiro trimestre.....	6
2.1.2. Segundo trimestre.....	7
2.1.3. Terceiro trimestre.	7
2.2. Tarefas de desenvolvimento na maternidade.....	8
3. Luto na perda gestacional	11
3.1. Perda gestacional precoce vs. perda gestacional tardia	11
3.2. Vivência do luto por perda gestacional.....	13
3.3. Luto no casal.....	14
3.4. Importância das atitudes dos profissionais de saúde	15
4. Factores psicológicos.....	17
4.1. Ansiedade, depressão e stress	17
4.2. Auto-conceito.....	18
4.3. Culpa.....	19
4.4. Satisfação conjugal	19
5. Problema de investigação, objectivo e hipóteses	21
5.1. Problema de investigação	21
5.2. Relevância do problema de investigação.....	21
5.3. Objectivos de investigação	21
5.4. Hipóteses Gerais	22
6. Metodologia.....	23

6.1. Definição das variáveis	23
6.2. Operacionalização das variáveis	23
6.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico.	23
6.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.....	24
6.2.3. Inventário Clínico de Auto-conceito.....	24
6.2.4. Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Culpa.....	25
6.2.5. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.....	25
6.3. Hipóteses específicas	26
6.4. Recolha dos dados	30
7. Resultados.....	33
7.1. Caracterização da amostra	33
7.2. Regressão linear	34
7.3. Testagem de hipóteses específicas.....	35
7.3.1. Testagem das hipóteses específicas 1 e 2.....	35
7.3.2. Testagem da hipótese específica 3.	35
7.3.3. Testagem das hipóteses específicas 4 e 5.....	36
7.3.4. Testagem da hipótese específica 6.	36
7.3.5. Testagem das hipóteses específicas 7, 8 e 9.....	37
7.3.6. Testagem da hipótese específica 10.	37
7.3.7. Testagem das hipóteses específicas 11, 12 e 13.....	38
7.3.8. Testagem da hipótese específica 14.	39
7.3.9. Testagem das hipóteses específicas 15, 16 e 17.....	39
7.3.10. Testagem da hipótese específica 18.	39
7.3.11. Testagem das hipóteses específicas 19 e 20.....	40
7.3.12. Testagem das hipóteses específicas 21 e 22.....	40
7.3.13. Testagem da hipótese específica 23.	41
7.3.14. Testagem da hipótese específica 24.	41

7.3.15. Testagem da hipótese específica 25.	41
7.3.16. Testagem das hipóteses específicas 26, 27, 28, 29, 30 e 31.....	42
7.3.17. Testagem da hipótese 32	42
7.3.18. Testagem da hipótese 33	43
7.3.19. Testagem da hipótese 34	43
7.3.20. Testagem da hipótese 35.	44
7.3.21. Testagem da hipótese 36.	44
7.3.22. Testagem da hipótese 37.	44
7.3.23. Testagem da hipótese 38.	45
7.3.24. Testagem da hipótese 39.	45
7.3.25. Testagem da hipótese 40.	46
7.3.26. Testagem das hipóteses 41, 42, 43, 44 e 45.	47
8. Discussão e Conclusões.....	49
8.1. Discussão dos resultados	49
8.2. Limitações.....	50
8.3. Conclusão.....	51
Bibliografia.....	53

Lista de Quadros

Quadro 1. Regressão Linear; Variável Dependente Sentimento de Culpabilidade; Variável Independente Número de Semanas de Gestação da Perda Mais Recente

Quadro 2. Regressão Linear; Variável Dependente Rede Social; Variável Independente Número de Semanas de Gestação da Perda Mais Recente

Quadro 3. Regressão Linear; Variável Dependente Sentimento de Culpabilidade; Variável Independente Número de Perdas Gestacionais

Quadro 4. Regressão Linear; Variável Dependente Aceitação/Rejeição Social; Variável Independente Número de Filhos Vivos no momento da Perda Mais Recente

Quadro 5. Regressão Linear; Variável Dependente Impulsividade/Actividade; Variável Independente Número de Filhos Vivos no Momento da Perda Mais Recente

Quadro 6. Regressão Linear; Variável Dependente Sentimento de Culpabilidade; Variável Independente Número de Filhos Vivos no Momento da Perda Mais Recente

Índice de Anexos (em CD)

Anexo 1 – Folha de Informação à Participante

Anexo 2 – Consentimento Informado

Anexo 3 – Folha de Informação à Participante Maternidade Alfredo da Costa

Anexo 4 – Consentimento Informado Maternidade Alfredo da Costa

Anexo 5 – Retirada de Consentimento Maternidade Alfredo da Costa

Anexo 6 – Questionário sociodemográfico e clínico

Anexo 7 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS; Lovibond e Lovibond, 1995; adaptação Portuguesa de Pais–Ribeiro, Honrado & Leal, 2004)

Anexo 8 – Inventário Clínico de Auto–conceito (Vaz Serra, 1985)

Anexo 9 – Questionário de Sentimentos Pessoais: Escala de Vergonha e Culpa (Harder & Greenwald, 1999)

Anexo 10 – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC; Narciso & Costa, 1996)

Anexo 11 – Estatística Descritiva das Variáveis Intervalares

Anexo 12 – Estatística Descritiva das Variáveis Catoriais

Anexo 13 – Testagem de normalidade para Variáveis Intervalares

Anexo 14 – Análise da Consistência Interna da Subescala “Ansiedade” da EADS

Anexo 15 – Análise da Consistência Interna da Subescala “Depressão” da EADS

Anexo 16 – Análise da Consistência Interna da Subescala “*Stress*” da EADS

Anexo 17 – Análise da Consistência Interna da Escala Total da EADS

Anexo 18 – Análise da Consistência Interna da Subescala “ Aceitação/Rejeição Social” do ICAC

Anexo 19 – Análise da Consistência Interna da Subescala “Maturidade Psicológica” do ICAC

Anexo 20 – Análise da Consistência Interna da Subescala “ Auto-eficácia” do ICAC

Anexo 21 – Análise da Consistência Interna da Subescala “ Impulsividade/Actividade” do ICAC

Anexo 22 – Análise da Consistência Interna da Escala Total do ICAC

Anexo 23 – Análise da Consistência Interna da Subescala “Culpa” do Questionário de Sentimentos Pessoais

Anexo 24 – Análise da Consistência Interna da Subescala “Intimidade Emocional” da EASAVIC

Anexo 25 – Análise da Consistência Interna da Subescala “Comunicação/Conflito” da EASAVIC

Anexo 26 – Análise da Consistência Interna da Subescala “Funções Familiares” da EASAVIC

Anexo 27 – Análise da Consistência Interna da Subescala “Rede Social” da EASAVIC

Anexo 28 – Análise da Consistência Interna da Subescala “Autonomia” da EASAVIC

Anexo 29 – Análise de regressão: Hipótese Específica 1 – VD Número de semanas de gestação da perda mais recente, VI Ansiedade

Anexo 30 – Análise de regressão: Hipótese Específica 2 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD Depressão

Anexo 31 – Análise de regressão: Hipótese Específica 3 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD Stress

Anexo 32 – Análise de regressão: Hipótese Específica 4 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD Vivências Psicopatológicas (escala total da EADS)

Anexo 33 – Análise de regressão: Hipótese Específica 5 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “ Aceitação/Rejeição Social” do ICAC

Anexo 34 – Análise de regressão: Hipótese Específica 6 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “ Maturidade Psicológica” do ICAC

Anexo 35 – Análise de regressão: Hipótese Específica 7 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “ Auto-eficácia” do ICAC

Anexo 36 – Análise de regressão: Hipótese Específica 8 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “ Impulsividade/Actividade” do ICAC

Anexo 37 – Análise de regressão: Hipótese Específica 9 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “ Auto-conceito” do ICAC

Anexo 38 – Análise de regressão: Hipótese Específica 10 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD Subescala “Culpa” do Questionário de Sentimentos Pessoais

Anexo 39 – Análise de regressão: Hipótese Específica 11 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “Intimidade Emocional” da EASAVIC

Anexo 40 – Análise de regressão: Hipótese Específica 12 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “Comunicação/Conflito” da EASAVIC

Anexo 41 – Análise de regressão: Hipótese Específica 13 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “Funções Familiares” da EASAVIC

Anexo 42 – Análise de regressão: Hipótese Específica 14 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “Rede Social” da EASAVIC

Anexo 43 – Análise de regressão: Hipótese Específica 15 – VI Número de semanas de gestação da perda mais recente, VD “Autonomia” da EASAVIC

Anexo 44 – Análise de regressão: Hipótese Específica 16 – Número de perdas gestacionais, VI Ansiedade

Anexo 45 – Análise de regressão: Hipótese Específica 17 – VI Número de perdas gestacionais, VD Depressão Número de Perdas Gestacionais

Anexo 46 – Análise de regressão: Hipótese Específica 18 – VI Número de perdas gestacionais, VD Stress

Anexo 47 – Análise de regressão: Hipótese Específica 19 – VI Número de perdas gestacionais, VD Vivências Psicopatológicas (escala total da EADS)

Anexo 48 – Análise de regressão: Hipótese Específica 20 – VI Número de perdas gestacionais, VD “Aceitação/Rejeição Social” do ICAC

Anexo 49 – Análise de regressão: Hipótese Específica 21 – Número de perdas gestacionais, VD “Maturidade Psicológica” do ICAC

Anexo 50 – Análise de regressão: Hipótese Específica 22 – Número de perdas gestacionais, VD “Auto-eficácia” do ICAC

Anexo 51 – Análise de regressão: Hipótese Específica 23 – VI Número de perdas gestacionais, VD “Impulsividade/Actividade” do ICAC

Anexo 52 – Análise de regressão: Hipótese Específica 24 – VI Número de perdas gestacionais, VD “Auto-conceito” do ICA

Anexo 53 – Análise de regressão: Hipótese Específica 25 – VI Número de perdas gestacionais, VD Subescala “Culpa” do Questionário de Sentimentos Pessoais

Anexo 54 – Análise de regressão: Hipótese Específica 26 – Número de perdas gestacionais, VD “Intimidade Emocional” da EASAVIC

Anexo 55 – Análise de regressão: Hipótese Específica 27 – VI Número de perdas gestacionais, VD “Comunicação/Conflito” da EASAVIC

Anexo 56 – Análise de regressão: Hipótese Específica 28 – VI Número de perdas gestacionais, VD “Funções Familiares” da EASAVIC

Anexo 57 – Análise de regressão: Hipótese Específica 29 – VI Número de perdas gestacionais, VD “Rede Social” da EASAVIC

Anexo 58 – Análise de regressão: Hipótese Específica 30 – VI Número de perdas gestacionais, VD “Autonomia” da EASAVIC

Anexo 59 – Análise de regressão: Hipótese Específica 31 – VD Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VI Ansiedade

Anexo 60 – Análise de regressão: Hipótese Específica 32 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD Depressão

Anexo 61 – Análise de regressão: Hipótese Específica 33 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD Stress

Anexo 62 – Análise de regressão: Hipótese Específica 34 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD Vivências Psicopatológicas (escala total da EADS)

Anexo 63 – Análise de regressão: Hipótese Específica 35 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “ Aceitação/Rejeição Social” do ICAC

Anexo 64 – Análise de regressão: Hipótese Específica 36 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “ Maturidade Psicológica” do ICAC

Anexo 65 – Análise de regressão: Hipótese Específica 37 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “ Auto-eficácia” do ICAC

Anexo 66 – Análise de regressão: Hipótese Específica 38 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “ Impulsividade/Actividade” do ICAC

Anexo 67 – Análise de regressão: Hipótese Específica 39 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “ Auto-conceito” do ICAC

Anexo 68 – Análise de regressão: Hipótese Específica 40 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD Subescala “Culpa” do Questionário de Sentimentos Pessoais

Anexo 69 – Análise de regressão: Hipótese Específica 41 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “Intimidade Emocional” da EASAVIC

Anexo 70 – Análise de regressão: Hipótese Específica 42 – VI Número de Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “Comunicação/Conflito” da EASAVIC

Anexo 71 – Análise de regressão: Hipótese Específica 43 – VI Número de Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “Funções Familiares” da EASAVIC

Anexo 72 – Análise de regressão: Hipótese Específica 44 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “Rede Social” da EASAVIC

Anexo 73 – Análise de regressão: Hipótese Específica 45 – VI Número de filhos vivos no momento da perda mais recente, VD “Autonomia” da EASAVIC

Anexo 74 – Correlações entre VD “*Stress*” e a variável significativa “tempo após a perda”

Anexo 75 – Correlações entre VD “Vivências Psicopatológicas” e a variável significativa “tempo após a perda”

Anexo 76 – Correlações entre VD “Maturidade Psicológica” e as variáveis significativas “escolaridade da mãe”, “escolaridade do pai” e “anos do relacionamento conjugal actual da mãe”

Anexo 77 – Correlações entre VD “Impulsividade/Actividade” e a variável significativa “tempo após a perda”

Anexo 78 – Correlações entre VD “Sentimento de Culpabilidade” e a variável significativa “tempo após a perda”

Anexo 79 – Correlações entre VD “Rede Social” e a variável significativa “semanas de gestação no momento da perda gestacional”

Anexo 80 – Correlações entre VD “Aceitação/Rejeição Social” e a variável significativa “escolaridade da mãe”

1. Luto

O luto caracteriza-se pela reacção de um indivíduo face à perda da sua ligação relativamente a um objecto significativo, sendo, portanto, um fenómeno mental e natural no desenvolvimento. O conceito de luto não fica circunscrito à ideia de perda resultante da morte. Ao longo da vida, as perdas físicas e também psíquicas são uma constante e implicam processos de luto (Cavalcanti, Samczuk & Bonfim, 2013), pelo que se pode definir como um processo dinâmico complexo que engloba a personalidade do indivíduo, e, portanto, todas as funções, atitudes e defesas do Eu, bem como as relações com os outros (Grinberg, 2000).

Freud (1915, citado por Cavalcanti, Samczuk & Bonfim, 2013) foi um dos primeiros autores a tecer considerações acerca do processo de luto, caracterizando-o como um processo não só lento como doloroso que implica uma grande tristeza. Neste processo, o indivíduo afasta-se de tudo o que não tenha a ver com o objecto perdido, ocorrendo um desinvestimento no mundo externo.

Melanie Klein (1940, citada por Cavalcanti, Samczuk & Bonfim, 2013) para a teorização do trabalho de luto, defendeu que, durante este processo, dar-se-ia uma reactivação da posição depressiva e, portanto, o indivíduo seria confrontado não só com uma perda real do objecto mas também com uma perda simbólica. Segundo a autora, os objectos de infância (sobretudo os bons objectos) foram introjectados e estabelecidos no mundo interno. Desta forma, o luto na vida adulta por um objecto internalizado e perdido irá despoletar a fantasia inconsciente de perda de todos os outros bons objectos, predominando os objectos maus. Então, é necessário que se reestruture o mundo interno, de modo a restabelecer os objectos que o enlutado acreditou ter perdido.

O processo de luto é considerado lento e doloroso pois implica que se desenvolva uma elaboração em que se desliga a libido das lembranças e expectativas relacionadas com o objecto perdido (Cavalcanti, Samczuk & Bonfim, 2013).

1.1. Perda e reacção característica

Segundo Barbosa e Neto (2010), o luto é constituído por dois componentes essenciais possíveis de identificar: a perda e a reacção característica. A perda pode caracterizar-se como real ou simbólica. Se a primeira corresponde à perda de uma

pessoa, animal ou objecto querido, já a simbólica corresponde à perda de uma expectativa, ideal ou potencialidade. Pode, então, dizer-se que a perda real comporta algo do mundo físico, que é tangível, enquanto a simbólica abarca o domínio do que é imaginável, ou seja, intangível. Barbosa e Neto (2010) apresentam a ideia dicotómica acerca da perda, sendo esta comum, mas também única. Comum, porque todos a experimentam, em determinados momentos. Única, porque cada perda se faz acompanhar de um simbolismo próprio.

Já a reacção à perda, segundo os mesmos autores, pode caracterizar-se de forma diferente, consoante o processo de luto vai sendo elaborado. Existem, portanto, fases de elaboração do luto, sendo que cada uma se define com características específicas e envolve aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais, sociais e espirituais.

1.2. Fases do luto

Barbosa e Neto (2010) conceptualizam a elaboração do luto, teoricamente, em três fases, embora esta delimitação não seja linear, mas sim uma orientação genérica. São elas choque/negação-evitamento, desorganização/desespero-consciencialização, e reorganização/recuperação-restabelecimento. Na fase choque/negação-evitamento, a dor mental sentida anda a par do embotamento afectivo e do entorpecimento. A segunda fase é, essencialmente, caracterizada por problemas afectivos, cognitivos, espirituais, comportamentais e somáticos. Já a terceira fase, que marca o restabelecimento, renuncia-se à perda, reinvestindo na nova realidade e numa nova identidade adaptada.

1.3. Tipos de luto

Apesar do processo descrito corresponder a um luto normal, Barbosa e Neto (2010) defendem que em cerca de 10 a 20% das pessoas enlutadas, esta elaboração não decorre da forma esperada, surgindo situações de luto complicado ou patológico. Relativamente ao luto complicado, é possível identificar cinco categorias: traumático, inibido, crónico, exagerado e indizível. O luto traumático é por norma, marcado por ausência de uma resposta emocional e surge como consequência da exposição a um evento traumático. O luto inibido é caracterizado pela incapacidade em lidar com a perda, sendo que o sofrimento ultrapassa as aptidões disponíveis para a elaboração do processo. No luto crónico, o processo é definido pela estabilização da tristeza e

irritabilidade que se pode manter durante meses ou anos, impedindo o investimento num novo objecto. Já o luto exagerado associa-se a comportamentos auto-lesivos que têm a função de aliviar a dor emocional. Por fim, o luto indizível comporta as situações em que o desgosto da perda é escondido, por ser culturalmente inaceitável.

Relativamente ao luto psicopatológico, Barbosa e Neto (2010) identificam treze categorias: melancólico, maníaco, paranóide, histérico, hipocondríaco, obsessivo, fóbico, ansioso, pós-traumático, *borderline*, aditivo, caracterial e somatoforme. O luto melancólico é caracterizado pela presença de depressão *major*, em que predominam sentimentos de culpa, podendo fazer-se acompanhar de ideias suicidas estruturadas ou não. O luto maníaco associa-se a uma exacerbação de euforia, estando presente o sentimento de onnipotência e pseudo-superação. O luto maníaco é marcado pelo ataque e fuga, pelo que as suas acções reivindicadoras são dirigidas a outrem. No luto histérico, as dramatizações, bem como as sobreidentificações com o objecto perdido são constantes. Já no luto hipocondríaco, a vivência do enlutado parece andar envolta em preocupações que pecam pela irracionalidade e demasia em relação a doenças ou sintomas. No obsessivo, identifica-se, por norma, uma exacerbação de rituais previamente existentes no seu meio cultural. Já no luto fóbico, é evidente a presença de um evitamento exagerado de situações que façam lembrar a condição de perda, bem como de fobias associadas à doença e à morte. No luto ansioso, é possível identificar estados instalados de ansiedade, sendo comum a agorafobia. O luto pós-traumático está associado à perturbação de stress pós-traumática, o que sugere o seu aparecimento após a vivência de uma situação de trauma. Pode também falar-se do luto *borderline*, intimamente associado com o imediatamente anterior descrito, pois estando marcado pela desorganização tem também tendência à perturbação de stress pós-traumático, bem como ao *delirium* agudo e subagudo, a situações de síndrome confusional e confusões oníricas. Já quando se fala de luto aditivo, trata-se de um evitamento do sofrimento através do consumo de álcool ou drogas, de forma a manter a fase de negação. No luto caracterial, predominam os comportamentos não adaptativos, em que as passagens ao acto bem como perturbações na conduta são uma constante. O luto somatoforme caracteriza-se pela presença de sintomas psicofisiológicos causadores de dificuldades, embora, na realidade, o enlutado não consiga estabelecer uma relação directa da perda com o seu estado emocional.

2. Gravidez

Ao longo dos anos, a gravidez tem sido alvo de investigação, tanto no campo físico como no psicológico. As constatações que têm sido feitas permitem, cada vez mais, uma melhor compreensão da mulher grávida, o nascimento de bebés saudáveis e, até mesmo, a redução da mortalidade das mães por problemas associados à gestação e ao parto. As alterações físicas e psicológicas que se desenrolam durante o processo gravídico constituem-se como elementos essenciais para a compreensão da mulher grávida. No entanto, apesar de essenciais e comuns a várias mulheres, estas alterações não se definem como condições estáticas, ocorrendo alterações ao longo da gravidez e sendo vividas de formas diferentes por cada mulher. Segundo Canavarro (2001), na verdade, uma gravidez, por si só, não assegura um caminho de realização adaptativa de tarefas maternas. Segundo a mesma autora, a gravidez e a maternidade “(...) do ponto de vista psicológico são processos dinâmicos, de construção e desenvolvimento”.

A gravidez pode ter vários significados na vida de uma mulher. Segundo Colman e Colman (1994), é possível identificar, pelo menos, quatro sentidos diferentes dados à gestação. Para algumas mulheres, o estar grávida e dar à luz é interpretado como o trabalho de maior relevância na sua vida, contribuindo para a auto-estima e a satisfação a nível pessoal. A questão religiosa revela-se, também, crucial na decisão de ter um filho, pois a mulher sente que deve cumprir o seu papel de mulher fértil que tem a missão de se multiplicar. Outra das razões associadas à gravidez prende-se com o facto de a gravidez e a recuperação do parto tornarem, muitas vezes, estas mulheres dependentes do auxílio de outras pessoas, além de ficarem longe de pressões tanto profissionais como pessoais. Também questões relacionadas com a dificuldade de independência se constituem como motivo para conceber e criar bebés. O estar numa relação com o bebé (durante a gravidez ou após o nascimento) funciona, então, como uma forma de as mães se sentirem completas.

Seja qual for a motivação associada à decisão de ter um filho, a pressão dos outros é sempre sentida pelas mães. Continuamos a viver numa sociedade em que se espera uma cuidadora absolutamente perfeita que, ao mínimo erro, é, quase imediatamente, rotulada de má mãe. Colman e Colman (1994) interpretam esta pressão como uma ambivalência entre a conceptualização de boa mãe e má mãe que é transportada para a progenitora, colocando sobre si muitos receios.

Na verdade, a gravidez define-se como uma verdadeira crise na vida da mulher, no sentido em que se apresenta como “ (...) um período essencial do crescimento e integração maturativa da mulher (...), um acontecimento normal no desenvolvimento (...)” (Bibring e col., 1961).

2.1. Gestação

2.1.1. Primeiro trimestre.

O início de uma gravidez acarreta consigo várias questões marcadas por alguma ambivalência. Por um lado, é uma fase de alegria ao se confirmar a gestação que está a decorrer coincidindo, habitualmente, com um período em que a grávida ainda está livre de pressões sociais. Segundo Colman e Colman (1994), nesta fase, a mulher tem ainda em seu poder com quem partilhar a sua gravidez e, portanto, este é um estado ainda muito seu, com mudanças interiores que são percebidas apenas por si própria.

Por outro lado, este é também um período de decisões e medos: o medo de perder o bebé, o medo de que algo possa correr mal ou, até mesmo, a decisão de manter ou não a gravidez caso esta não tenha sido planeada.

Além dos aspectos psicológicos, também surgem as primeiras alterações físicas que contribuem para a forma como a mulher experiencia a gravidez. A fraqueza, as náuseas, o enjoo matinal e os vômitos podem surgir e ser tremendamente desconfortáveis, interferindo na vida quotidiana e no ressentimento para com a gravidez. Se, a estes sintomas, forem associadas memórias de uma má experiência, a tensão sentida pela mãe pode mesmo acentuar-se (Colman & Colman, 1994).

Curiosamente, numa perspectiva psicológica, Soifer (1986, citado por Rato, 1998) defendeu a existência de uma ligação entre as náuseas e os vômitos com a ansiedade advinda da incerteza quanto à gravidez e, portanto, estes sintomas estariam intimamente relacionados com a rejeição da gestação. No entanto, não existe investigação devidamente validada que nos remeta para estas conclusões de forma explícita.

2.1.2. Segundo trimestre.

Colman e Colman (1994) referem-se ao segundo trimestre da gravidez como um período relativamente calmo. Não está tão presente a ameaça de um aborto espontâneo, os sintomas desagradáveis, como por exemplo, os vômitos, na maior parte dos casos, terão desaparecido e, grande parte das mulheres já terá integrado a realidade da gestação. Além disto, esta é também a fase em que a mãe começa a sentir os movimentos e, como tal, toma perfeita consciência de que está a criar um ser. Nesta fase, as mudanças não são apenas no seu corpo mas também no feto que se movimenta (Colman & Colman, 1994). Além disto, os movimentos fetais, se, por um lado, podem assumir um papel tranquilizador na grávida que assim confirma a sobrevivência do bebé, por outro podem ser geradores de grande ansiedade nos momentos em que a mãe não sente o bebé a mexer (Rato, 1998).

As alterações corporais drasticamente visíveis durante o segundo trimestre podem resultar em reacções muito adversas, desde o orgulho por aquele corpo de grávida até à sensação de estar deformada (Rato, 1998).

Segundo Colman e Colman (1994), este período da gestação é também, muitas vezes, marcado por uma certa aproximação à mãe da grávida. Esta figura representa a sabedoria na gravidez, visto que já passou por toda a experiência do ciclo reprodutivo e, portanto, decerto compreenderá o que mais ninguém consegue compreender. No entanto, uma aproximação excessiva é algo extremamente regressivo e, como tal, a solução mais adaptativa será a de uma aproximação ao companheiro, satisfazendo a necessidade de a mulher ser cuidada por alguém.

2.1.3. Terceiro trimestre.

O terceiro trimestre é um período de integração de várias experiências. Segundo Colman e Colman (1994), por norma, a grávida combina uma sensação de orgulho e de realização pessoal com uma antecipação algo ansiosa do nascimento. Se, por um lado, a gravidez vingou, por outro lado, o desconforto físico começa a ser persistente. Cria-se, então, uma satisfação pelos privilégios de estar grávida em que a sua presença é notada e em que todos a cuidam, enquanto alterna nalguns momentos com a sensação de inutilidade e com a incapacidade de realizar algumas tarefas.

Segundo Justo (1990), o estabelecimento de relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis obstétricas e pediátricas na altura do nascimento, foi extremamente importante enquanto contributo para o estudo da maternidade. Segundo o mesmo autor, “(...) as grávidas mais ansiosas durante o terceiro trimestre têm uma probabilidade mais elevada de, entre outros problemas, terem um trabalho de parto mais prolongado, necessitarem de mais cuidados e intervenções médicas (...) e as suas crianças têm mais probabilidades de apresentarem problemas durante o nascimento”.

2.2. Tarefas de desenvolvimento na maternidade

Sendo a gravidez, e a maternidade em geral, processos de desenvolvimento, estão inerentes a si tarefas que se desenrolam ao longo desta fase. Apesar de os estudos desenvolvidos permitirem uma ligação temporal entre determinada tarefa e a fase da gravidez, importa clarificar a não rigidez desta linha cronológica sem que isso implique uma problemática na vivência desta fase do ciclo de vida.

A primeira tarefa implica a aceitação da gravidez, sendo a ambivalência a atitude que melhor caracteriza os tempos iniciais da gravidez (Brazelton & Cramer, 1993; Burroughs, 1995; Colman & Colman, 1994; Lederman, 1996; Mercer, 1996; Rubin, 1975; citados por Canavarro, 2001). Esta característica refere-se a vários aspectos inerentes a esta nova fase, independentemente de a gravidez ter sido, ou não, planeada: “(...) ambivalência em relação a acreditar na viabilidade da própria gravidez; ambivalência em relação à aceitação do feto; ambivalência em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade” (Canavarro, 2001). Segundo a autora, este é, também, o período em que se inicia o processo de identificação à mãe. O modelo materno servirá de referência no que diz respeito à preparação para a chegada do bebé, pois as grávidas identificam na mãe a pessoa que já passou por este acontecimento e que, portanto, compreende o momento porque está a passar. Esta identificação é, na maioria dos casos, positiva, embora possam existir situações em que a referência materna pode provocar alguns receios na grávida. Se a mãe passou por algum tipo de problema na gravidez, a grávida pode ter um “(...) pavor supersticioso em lhe seguir as pegadas, composto por um medo de ter êxito onde ela falhou” (Colman & Colman, 1994).

Depois da aceitação da gravidez, segue-se a aceitação da realidade do feto. Por esta altura, o processo de integração da gravidez está já organizado e a ambivalência característica da primeira fase foi ultrapassada. O bebé faz parte da mulher, numa verdadeira simbiose (Colman & Colman, 1994) e as atenções são centradas, sobretudo, nas alterações corporais (Canavarro, 2001). O sentido de união com o bebé é fundamental, mas, nesta fase, começa a instalar-se a aceitação do feto como um indivíduo separado da mãe, condição necessária para a ligação entre a mãe e o feto (Mendes, 1999, citado por Canavarro, 2001), a preparação para o momento do nascimento e a separação física resultante do parto (Rubin, 1975, 1972, citado por Canavarro, 2001). Nesta fase de aceitação da realidade do feto, estabelece-se, também, uma comunicação verbal e táctil, o que, segundo Lederman (1996, citado por Canavarro, 2001), “(...) é o indicador externo dos processos intrapsíquicos que ocorrem nesta etapa”.

A terceira tarefa da maternidade implica a reavaliação e a reestruturação da relação com os pais. O passado e o presente da relação com os pais está em foco, principalmente com a mãe, modelo de comportamento materno para a grávida, como já referido. Relativamente ao passado, os modos de funcionamento na relação parental durante a infância e a adolescência ocupam uma grande parte dos processos intrapsíquicos da grávida, fomentando uma actualização de dimensões relacionais (Colman & Colman, 1994, citados por Canavarro, 2001). Segundo Canavarro (2001), torna-se preponderante esta tarefa para que a mulher possa integrar os aspectos positivos e negativos da sua relação com os pais. Em primeiro lugar, porque lhe permite afastar-se dos extremos, o que lhe proporcionará a capacidade de repetir comportamentos que considera adequados e substituir os que acha menos positivos por outros diferentes. Em segundo lugar, a integração dos aspectos negativos permite-lhe posicionar os pais enquanto seres humanos com limitações e não perfeitos, o que a ajudará a aceitar as suas próprias falhas na maternidade. Em qualquer situação de experiência relacional com os pais, seja ela mais ou menos positiva, esta tarefa revela-se de extrema importância para que a grávida possa construir autonomamente uma identidade materna e adaptar-se à sua situação em particular (Canavarro, 2001).

A reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro definem-se como a quarta tarefa. O relacionamento conjugal passa por um desafio, pois o casal tem que redefinir papéis e funções, principalmente se a gravidez for do primeiro filho, e

integrar a sua nova realidade numa pré-existente (Canavarro, 2001). É necessário um reajustamento não só na relação e no plano afectivo, mas também na rotina diária e no relacionamento sexual (Canavarro, 2001). Torna-se, então, crucial a criação de uma “aliança emocional” assente no apoio mútuo mas, principalmente, de uma “aliança parental”, salvaguardando o seu papel enquanto pais na vida da criança, independentemente das circunstâncias do seu relacionamento (Colman & Colman, 1994).

A quinta tarefa passa por aceitar o bebé como uma pessoa separada. Esta pessoa separada não é só única na sua existência, é também um ser fisicamente autónomo no sentido de ser separado do corpo da mãe. Esta separação concretiza-se com o parto, daí esta fase ser também um período caracterizado por um aumento da ansiedade relativamente ao parto (Canavarro, 2001). A atitude ambivalente retorna, pois se, por um lado, a grávida anseia por ver o bebé, por outro lado deseja adiar o seu nascimento, uma vez que este acarreta novas responsabilidades (Canavarro, 2001). Este é, então, o período de confronto com a realidade sem retorno do parto onde, segundo Colman e Colman (citados por Canavarro, 2001), a mãe se depara com uma “(...) acomodação contínua entre expectativas e realidades”, em que o bebé real passa a ocupar o lugar do bebé fantasiado. O período exigente do pós-parto, segundo alguns autores como Bruschiweiller-Stern (1998, citado por Canavarro, 2001) e Colman e Colman (1994, citados por Canavarro, 2001), é definido como o quarto trimestre. As modificações corporais, as necessidades do bebé e a diversidade de decisões a tomar e de comportamentos a executar são um verdadeiro desafio. Para Canavarro (2001), a capacidade de interpretar e de responder ao comportamento do bebé constitui-se como o principal desafio desta fase, a par da aceitação do bebé enquanto elemento gratificante para a mãe que, embora dependa dela, não deixa de ser um indivíduo com características e necessidades próprias.

A sexta tarefa consiste em reavaliar e reestruturar a própria identidade, com vista à integração da identidade materna. Esta é, então, a fase em que culminam todas as outras tarefas já ultrapassadas, dando-se uma “(...) integração da identidade, função e significado de ser mãe” (Rubin, 1984, 1992, citado por Canavarro, 2001). É, na verdade, um período de adaptação, em que se aceitam as mudanças (positivas e negativas) da maternidade e se adapta a realidade presente à sua identidade prévia.

3. Luto na perda gestacional

Ao longo da sua vida, o ser humano é confrontado com diversas perdas que podem ter significados e impactos muito diferentes na vida de cada um. Nesta secção, aborda-se um tipo específico de perdas, aquelas que resultam em reacções de luto e que se inserem na primeira categoria de perdas de Weiss (1998, citado por Rolim & Canavarro, 2001). Segundo Canavarro (2001), estas são as perdas que, de um ponto de vista psicológico, provocam o sofrimento mais intenso.

A perda do filho não é a única perda com que os pais têm de lidar. Os pais enlutados têm de lidar com a perda do filho real e amado mas, também, com a perda de auto-estima (provocada pelo sentimento de fracasso relativamente à protecção que deveriam ser capazes de dar aos seus filhos), a perda de estatuto enquanto pais, a perda existencial (como uma dimensão de continuidade intimamente ligada aos filhos) e a perda do futuro que ambicionaram e imaginaram para o filho (Pina Cabral, 2005).

Segundo a Public Health Agency of Canada (2000, citada por Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010), o conceito de perda gestacional comporta um conjunto de situações de perda que podem ocorrer ao longo da gestação ou após o parto, abrangendo o aborto espontâneo, a morte fetal (nado-morto), a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez, a interrupção voluntária da gravidez e o diagnóstico de anomalias congénitas no feto/bebé.

3.1. Perda gestacional precoce vs. perda gestacional tardia

O período perinatal comporta a linha temporal que decorre entre as 20 semanas de gravidez e os primeiros 7 dias de vida do bebé (Rolim & Canavarro, 2001), podendo ser também considerado, numa linha mais extensa, desde a fecundação até aos primeiros 28 dias de vida (Biscaia, 1996).

Os conceitos relacionados com a perda gestacional nem sempre são claros, existindo diferentes abordagens. A morte fetal é um dos conceitos que mais controvérsia gera.

De acordo com Rolim e Canavarro (2001), a morte fetal define-se pela “(...) morte do bebé durante o último trimestre de gravidez (...)” mas, alguns autores como

Corr, Nabe e Corr (1994, citados por Canavarro, 2001) englobam neste conceito as situações em que o bebé morre durante o parto. Actualmente, a Direcção Geral de Saúde (Nogueira, Costa, Rosa & Silva, 2013) define a morte fetal como “(...) morte de um produto da fecundação antes da expulsão ou extracção completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez”, sendo a morte fetal tardia designada como a “(...) ocorrência de óbitos in útero em fetos com 28 ou mais semanas de gestação num determinado período de tempo e numa dada área geográfica”. É de ressaltar que, segundo a mesma entidade, as 22 semanas de gestação são o marco a partir do qual se emite o certificado de óbito fetal e neonatal. Em termos práticos, os especialistas em campo definem, muitas vezes, a morte fetal precisamente a partir das 22 semanas de gestação, sendo as perdas anteriores designadas por interrupções da gravidez.

Segundo Pina Cabral (2005), a perda gestacional precoce engloba as situações de aborto espontâneo, gravidez ectópica e aborto electivo, enquanto a perda gestacional tardia comporta as perdas numa fase avançada da gravidez.

A par das complicações, no que diz respeito às definições dos conceitos, também as singularidades que cada período comporta culminam em diferenças na forma como as mães elaboram o luto. Segundo Pina Cabral (2005), quando a perda gestacional ocorre a um nível precoce, o processo de luto que daí decorre processa-se, essencialmente, na base do imaginário. Assim, este processo pode assumir contornos complicados de gerir e integrar, pois, afinal, tudo o que ao bebé diz respeito processa-se através do que é imaginado, dada a inexistência de evidências físicas, como é o caso dos movimentos fetais. Por vezes, nem os contornos típicos do corpo humano estão formados, pelo que, mesmo em ecografias em que a mãe pode visualizar o seu bebé, parece não existir um corpo. Além disto, as perdas gestacionais precoces não abarcam consigo rituais fúnebres, pois a gravidez não é reconhecida pelos outros, visto que, na maior parte destes casos, não há evidência física visível.

Já na perda gestacional tardia, segundo a mesma autora, o processo de luto poderá ter a sua elaboração facilitada dada a presença de um corpo e fotografias do bebé. As tarefas da maternidade que possibilitam a construção do papel parental estarão, nesta situação, numa fase mais avançada, com a existência de mais experiências integradas.

Segundo Rolim e Canavarro (2001), não existe uma linearidade entre o tempo de gestação e o tempo da perda, mas sabe-se que as perdas ocorridas durante o último trimestre de gravidez assumem uma relevância particular. Chegar à fase do terceiro trimestre de gestação pressupõe um maior aumento da comunicação entre a mãe e o bebé, conseqüente dos movimentos fetais e de uma maior percepção do corpo do bebé a crescer, bem como um aumento das expectativas relacionadas com o nascimento e o cuidado, pelo que o investimento é maior e, naturalmente, o impacto da perda assume outros contornos.

Nos casos de morte fetal, à semelhança do que acontece com a descoberta de uma anomalia congénita, dá-se, muitas vezes, um estado de incredulidade que pode estabelecer-se durante dias ou mesmo semanas (Canavarro, 2005). As mães entram, então, num estado de estagnação, sentindo-se incapazes para prosseguir com as suas vidas e com as suas actividades diárias básicas.

3.2. Vivência do luto por perda gestacional

O processo de luto por perda gestacional comporta especificidades. Segundo Rato (1998), a perda não passa apenas pelo bebé, mas também por todas as fantasias e expectativas que se criaram à sua volta. A adaptação a uma nova realidade tão difícil de experimentar é extremamente dolorosa, mas o trabalho de luto é fundamental. Aliás, na presença de uma nova gravidez, a perda anterior pode assumir um papel preponderante, principalmente se o luto não está a decorrer dentro da normalidade, pois o novo bebé, além de se constituir como reparador, pode ser confundido com o bebé perdido. Deste modo, a sua identidade própria fica ameaçada. Na gravidez posterior à perda gestacional, assiste-se frequentemente à predominância da angústia, em que os medos de uma nova perda são constantes. Apesar de poder não existir nenhuma realidade clínica na gravidez actual que justifique os receios dos pais, a verdade é que, frequentemente, surgem, nestes casos, complicações obstétricas, tais como a ameaça de expulsão prematura, a prematuridade e o baixo peso à nascença.

Furman (1978, citado por Pina Cabral, 2005) defende que, nas situações de perda gestacional, não existiu tempo suficiente para o estabelecimento de vínculos fortes e recordações de uma convivência conjunta. Deste modo, o mecanismo de identificação não se concretiza, pois não se consegue assimilar o recém-nascido de uma forma adaptativa, ficando-se ligado apenas a uma parte deste que se baseia no amor a

outra pessoa. Kennel e Klaus (1993, citados por Pina Cabral, 2005) concluíram mesmo que a morte perinatal era muito semelhante à experiência de perdas de partes do self.

Furman (1978, citado por Pina Cabral, 2005) concluiu, também, pela não possibilidade de se concretizar o segundo mecanismo interno directamente relacionado com o processo de luto normal: o distanciamento. Não é possível reviver as memórias criadas com este bebé, pois as recordações não são suficientes para que tal aconteça. Além disto, a identidade enquanto pais fica terrivelmente ameaçada e confusa. Afinal que nome dar a estes pais que não o chegaram a ser (Canavarro, 2001)?

Segundo Pina Cabral (2005), apesar de o processo de luto por perda gestacional ser sequencialmente semelhante ao processo de luto normal, existem especificidades que se organizam em cinco fases. A primeira fase é a de embotamento emocional e negação, podendo o choque ser maior quando a morte ocorre numa fase tardia da gravidez ou durante o parto.

A fase seguinte caracteriza-se pela predominância dos sentimentos de culpa e raiva, sendo característica a existência de fantasias acerca de se ter causado ou contribuído para a morte do bebé.

Na terceira fase, a inveja e os ciúmes pelas outras mulheres que estão grávidas ou que foram mães recentemente são predominantes, existindo um evitamento de confrontação com estas situações.

De seguida, dá-se o retorno menstrual que se pode apresentar sob uma dicotomia. Por um lado, é a confirmação da disponibilidade para uma nova gravidez. Por outro lado, depois de alguns meses sem engravidar, a menstruação passa a ser encarada como sinal de insucesso, avivando a dor pelo bebé perdido.

Nalguns casos, dá-se uma quinta fase quando a mulher volta a engravidar, em que só o nascimento de um bebé saudável permite a resolução do processo de luto.

3.3. Luto no casal

Segundo Pina Cabral (2005), a elaboração de um processo de luto comporta uma individualidade muito própria, assumindo diferentes expressões. No entanto, quando se dá uma perda gestacional, além do luto num foro individual e íntimo, há que encontrar

um espaço de elaboração em que ambos os elementos do casal se possam encontrar neste processo.

Na opinião de Kay e colaboradores (1997, citados por Pina Cabral, 2005), a ausência de partilha e suporte mútuo dentro do casal é o factor de maior relevância para o desenvolvimento de um luto patológico. No entanto, a investigação revela que, se os casais forem possuidores da capacidade de identificarem as diferenças de género no processo de elaboração do luto, as tensões advindas desta situação podem ser reduzidas (Pina Cabral, 2005).

Segundo Nazaré, Fonseca, Pedrosa e Canavarro (2010), de uma forma geral, os estudos apontam para que a mãe viva a perda de forma mais emotiva, experienciando um período de luto mais intenso e com mais manifestações. Quando não é encontrada uma causa médica que explique a perda, este período de luto pode ser ainda mais agudo, pois a mãe, enquanto pessoa que fisicamente carregava o feto, pode desenvolver sentimentos de culpa. Relativamente ao pai, ele é normalmente o elemento que retoma mais rapidamente as rotinas e a actividade profissional (Callister, 2006; Heustis & Jenkins, 2005, citados por Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010), vivendo o luto de forma mais controlada e evidenciando menos manifestações externas. Assim, estas diferenças podem contribuir para um desajustamento dentro do casal e aumentar a tensão.

3.4. Importância das atitudes dos profissionais de saúde

Na perda gestacional, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde estejam devidamente informados e preparados para lidar da melhor forma possível com os pais nesta situação, de modo a minimizar ou detectar possíveis factores de risco para o desenvolvimento de casos de natureza psicopatológica.

Segundo Kennel e Klaus (1993, citados por Pina Cabral, 2005), são três as tarefas de grande relevância dos profissionais de saúde. A primeira tarefa assenta no auxílio prestado aos pais no sentido da elaboração da perda, tornando-a real. A segunda tarefa consiste em adquirir a convicção de que as reacções esperadas irão começar, acreditando na possibilidade de resolução do processo de luto sem que este comporte

um lado patológico. A terceira tarefa diz respeito a não esquecer que todos os pais são diferentes e, portanto, torna-se necessário responder a necessidades específicas.

Para Ryan (1997, citado por Pina Cabral, 2005), existem cinco grandes áreas em que a equipa técnica (normalmente constituída por médicos e enfermeiros em primeira instância) pode fazer a diferença na forma como, posteriormente, os pais organizam o processo de luto. Em primeiro lugar, torna-se crucial identificar os pais em maior risco de desenvolver um processo de luto patológico, baseando-se os técnicos de saúde em formação prévia que lhes permita fazer essa identificação.

Melhorar a interacção imediata com os pais é outro factor muito importante, pois a sensibilidade à situação torna-se imprescindível. É preciso acautelar a privacidade, garantir que a mãe não se encontra sozinha, bem como demonstrar compreensão e disponibilidade na resposta a todas as questões que possam surgir. Além disto, a nomeação de um elemento da equipa técnica com quem os pais possam contactar posteriormente é de extrema relevância.

As acções específicas da equipa técnica em relação à morte do bebé são também muito importantes. Os pais precisam de passar tempo com o seu bebé, nunca sendo obrigados a fazê-lo, mas sim encorajados, de forma a prevenir sentimentos de arrependimento que poderão dificultar o processo de luto. Além dos pais, é também importante permitir o contacto de outros elementos da família com o bebé, pois também eles precisam de integrar a perda e elaborar o seu luto. A flexibilidade é também preponderante nestes casos, seja no que diz respeito a rituais, apoio espiritual ou pedidos razoáveis que possam facilitar a aceitação da perda do bebé.

A atitude e a comunicação são, também, fundamentais. A desvalorização da situação não deve estar presente e falar de forma simples, directa, não escondendo emoções, pode ajudar bastante na forma como os pais recebem e integram a notícia.

Além destas áreas, também a criação de memórias assume extrema importância. Fotografias, imagens de ultrassons, pulseira hospitalar, roupa, cobertores, entre outros, constituem-se como elementos que permitem criar memórias, sem as quais os pais terão maior dificuldade em elaborar o processo de luto. A sensibilidade no momento da entrega destes elementos aos pais é, também, extremamente importante.

4. Factores psicológicos

4.1. Ansiedade, depressão e stress

A ansiedade faz parte do desenvolvimento do indivíduo, pelo que a sua presença enquanto indicador psicopatológico depende de factores, tais como o nível de gravidade e o défice funcional dos sintomas associados que interferem na vida do indivíduo (Hallstrom & McClure, 2000).

Segundo Andrade e Gorenstein (1998), a ansiedade abrange um conjunto de sintomas característicos, tais como sensações de medo, sentimentos de insegurança, pensamento cujo conteúdo é dominado por ideias de catástrofe ou impotência pessoal, aumento de vigília e uma variedade de manifestações somáticas.

Importa não esquecer que a presença de ansiedade pode não se elevar ao nível patológico e cumprir a sua função adaptativa. Segundo Castillo, Recondo, Asbahr e Manfro (2000), torna-se relevante distinguir a ansiedade normal da ansiedade patológica, tendo em conta, para isso, se a reacção ansiosa é de curta duração, auto-limitada e se tem ou não relação com estímulo do momento.

Segundo Conde e Figueiredo (2003), a sintomatologia ansiosa é frequente durante a gravidez, sendo um dos factores psicológicos a ter em conta na forma como decorre a gestação. Segundo as autoras, o primeiro estudo documentado acerca dos factores que influenciam a gravidez data da década de 30 com o estudo longitudinal de Fels, embora a influência do stress no desenvolvimento fetal seja referenciada ainda mais cedo.

Torna-se primordial distinguir a ansiedade do stress, pois fala-se de estados com características distintas que podem, no entanto, confundir-se. Segundo Hallstrom e McClure (2000), o stress assume-se como menos prejudicial em comparação com a ansiedade, podendo definir-se como uma força externa que é consequência dos sintomas de ansiedade. No entanto, também a definição de stress deve comportar duas categorias: stress benéfico e stress prejudicial. Segundo Vaz Serra (2007), o stress benéfico é limitado a uma certa circunstância que acaba por ser ultrapassada com êxito e contribui para o desenvolvimento pessoal. Já o stress prejudicial pode ser centrado num acontecimento, no sujeito, ou em ambos, prolongando-se na vida de um indivíduo de

forma que o afecta quotidianamente. Quando se fala especificamente da transição para a maternidade, Miller e Myers-Walls (1983) concebem esta numa perspectiva de desenvolvimento em que se identificam indutores de stress em três áreas: física, psicológica e financeira.

Relativamente à depressão, segundo Wilkinson, Moore e Moore (2005), o seu aparecimento e conseqüente evolução resultam de uma interacção múltipla de factores biológicos, históricos, ambientais e psicossociais. Cerca de 10 a 15% das mulheres apresentam valores que se constituem como clinicamente significativos de sintomatologia depressiva durante a gravidez. Não deixa de ser curioso o facto de muitas perdas gestacionais acontecerem no primeiro trimestre de gravidez, sendo que é neste período, à semelhança dos três meses pós-parto, que se identificam os maiores picos relativamente aos sintomas depressivos (Kumar & Robson, 1976).

4.2. Auto-conceito

Vaz Serra (1986) define o auto-conceito como a ideia que o indivíduo estabelece acerca de si próprio como um ser físico, social, espiritual ou moral. No entanto, o mesmo autor diferencia duas categorias de auto-conceito: o real e o ideal. Enquanto o auto-conceito real corresponde à forma como o indivíduo se percebe tal como é, o auto-conceito ideal diz respeito ao que o sujeito gostaria de ser, sendo este último influenciado pelo que, socialmente, é valorizado.

No que diz respeito à mulher grávida, Daly (2003, citado por Silva & Ferreira, 2011), concebe o auto-conceito como um elemento estruturante no ajustamento psicológico que ocorre com a transição para a maternidade. É durante este ajustamento psicológico que, segundo o autor, é possível a mulher examinar a relação entre as características estruturais do seu auto-conceito e a sua saúde psicológica.

Durante a gravidez, a forma como as mulheres se vêem parece mudar drasticamente, sendo que, para Hocking (2007), a identidade de mãe é formada com base no auto-conceito já estabelecido anteriormente, pelo que o auto-conceito se revela fulcral.

4.3. Culpa

A situação de perda gestacional despoleta, muitas vezes, sentimentos de culpa. Muitas vezes, a razão da perda não é conhecida, principalmente se esta ocorre durante o primeiro trimestre, o que não beneficia o processo de luto.

Segundo Santos, Bayle e Conboy (2008), os sentimentos de imperfeição e vazio são comuns na mulher. As razões desconhecidas despoletam, muitas vezes, sentimentos de culpa e censura, em que predomina a fantasia da negligência como causa da perda gestacional. Bayle (2006, citado por Bayle e Conboy, 2008) refere mesmo as situações de busca incessante pelas causas da perda, pelo que a mãe revê minuciosamente todas as suas acções, censurando-se por não conseguir levar a gestação até ao fim.

4.4. Satisfação conjugal

Segundo Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt e Sharlin (2004), a satisfação conjugal relaciona-se com sensações e sentimentos de bem-estar, contentamento, companheirismo, afeição e segurança. Estas características fomentam a intimidade no relacionamento, sendo essencial a adequação entre as expectativas e a realidade vivida pelo casal.

As diferentes formas, entre homens e mulheres, de lidar com a perda gestacional, podem criar barreiras na comunicação entre o casal. Segundo McGreal, Evans e Burrows (1997), os homens tendem a procurar suporte social e a ignorar a situação, enquanto as mulheres tendem mais à procura de ajuda espiritual, mecanismos para reduzir a tensão, pensamentos positivos e suporte noutras mulheres que tenham passado pela mesma situação. Deste modo, torna-se essencial que os casais respeitem a sua individualidade e forma de elaborar o luto, de forma a reduzir possíveis conflitos.

5. Problema de investigação, objectivo e hipóteses

5.1. Problema de investigação

O luto constitui-se como campo de investigação há várias décadas. Em casos de perda gestacional, seja esta precoce ou tardia, as singularidades na vivência da perda são de extrema relevância. O luto associado a uma perda gestacional, não é apenas um luto pelo bebé, trazendo consigo perdas secundárias: mudanças na estrutura familiar planeada, possível perda de identidade social, expectativas e sonhos em relação à gravidez que se tornam impossíveis de concretizar, alterações no sentimento de segurança e controlo em relação à vida bem como ameaça à auto-estima e capacidade de controlar o corpo (Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

5.2. Relevância do problema de investigação

A perda gestacional é um acontecimento marcante na vida de uma família, pois todos os projectos elaborados são alterados de forma drástica. Todo o planeamento feito ao longo de vários meses, por vezes anos, para receber o novo membro da família, é fortemente abalado, o que poderá ter consequências a vários níveis, nomeadamente na mãe. Segundo Cunningham, MacDonald, Leveno, Gant e Gilstrap (1993, citados por Kay, Roman e Schulte, 1997), o processo de reprodução nos humanos continua a comportar inúmeras fragilidades e as estatísticas comprovam-no: 10 em cada 100 gravidezes resultam num aborto, 1% a 2% das gravidezes tardias terminam em morte perinatal e 22% das situações de fecundação não prevalecem. Deste modo, torna-se necessário que os profissionais de saúde possam proporcionar respostas adequadas que só podem surgir com base na investigação científica.

5.3. Objectivos de investigação

No presente estudo, pretendeu-se compreender de que forma se organizam as vivências maternas após uma perda gestacional. Sobretudo, pretendeu-se compreender que factores contribuem para que essas variações sejam mais amplas ou mais restritas. Neste sentido, foram escolhidas como áreas de avaliação psicológica as seguintes dimensões: vivências psicopatológicas, auto-conceito, sentimento de culpabilidade e satisfação conjugal. No que respeita aos factores investigados devido a uma possível

influência nas vivências maternas, foram escolhidos os seguintes: Número de semanas de gestação da perda mais recente, número de perdas gestacionais anteriores à perda mais recente e número de filhos vivos existentes no momento da perda mais recente.

5.4. Hipóteses Gerais

Tendo em conta os objectivos enunciados, foi desenvolvido um conjunto de hipóteses que passamos a apresentar.

Hipótese Geral 1 – O número de semanas de gestação da perda gestacional mais recente dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística das variáveis vivências psicopatológicas, avaliação do auto-conceito, sentimento de culpabilidade e percepção da satisfação conjugal.

Hipótese Geral 2 – O número de perdas gestacionais dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística das variáveis vivências psicopatológicas, avaliação do auto-conceito, sentimento de culpabilidade e percepção da satisfação conjugal.

Hipótese Geral 3 – O número de filhos vivos existentes no momento da perda gestacional mais recente dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística das variáveis vivências psicopatológicas, avaliação do auto-conceito, sentimento de culpabilidade e percepção da satisfação conjugal.

6. Metodologia

6.1. Definição das variáveis

Na hipótese Geral 1, a variável independente é o Número de semanas de gestação da perda mais recente. Na Hipótese Geral 2, a variável independente é o número de perdas gestacionais. Na Hipótese Geral 3, a variável independente é o número de filhos vivos existentes no momento da perda mais recente. Nas três Hipóteses Gerais, as variáveis dependentes são: as vivências psicopatológicas (ansiedade, depressão e stress), o auto-conceito (aceitação/rejeição social, maturidade psicológica, auto-eficácia, impulsividade/actividade), o sentimento de culpabilidade e a satisfação conjugal (intimidade emocional, comunicação/conflito, funções familiares, rede social, autonomia). Existem, também, outras variáveis que serão controladas, de forma a evitar a sua interferência na testagem das hipóteses: idade (da mãe e do pai); estatutos socioeconómico, laboral e conjugal (da mãe e do pai); número de relações conjugais anteriores (da mãe e do pai), número de gravidezes; número de filhos (da mãe e do pai); composição do agregado familiar (da mãe e do pai); circunstâncias da gravidez (planeamento e desejo); dados relativos à perda gestacional (data, motivo da perda gestacional, número de semanas de gestação).

6.2. Operacionalização das variáveis

6.2.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico.

O Questionário Sociodemográfico e Clínico tem como objectivo recolher dados pessoais da mãe e do pai, informações clínicas acerca da gravidez e do momento da perda gestacional. Estão incluídas as variáveis idade (da mãe e do pai); estatutos socioeconómico, laboral e conjugal (da mãe e do pai); número de relações conjugais anteriores (da mãe e do pai), número de gravidezes; número de filhos (da mãe e do pai); composição do agregado familiar (da mãe e do pai); circunstâncias da gravidez (planeamento e desejo); dados relativos à perda gestacional (data, motivo da perda gestacional, número de semanas de gestação).

6.2.2. Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.

A Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) é uma adaptação para a população portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). A DASS foi criada por Lovibond e Lovibond (1995) e a adaptação Portuguesa teve a contribuição de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Esta escala engloba três dimensões (ansiedade, depressão e stress), cada uma constituída por sete itens, sendo que a cada dimensão estão associados conceitos específicos. À dimensão ansiedade (itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20) estão associados os conceitos excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjectivas de ansiedade. Na dimensão depressão (itens 3,5,10,13,16,17 e 21) estão incluídos os conceitos disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto-depreciação, falta de interesse ou de envolvimento, anedonia e inércia. Na dimensão stress (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18), dificuldade em relaxar, excitação nervosa, facilmente agitado/chateado, irritável/reacção exagerada e impaciência são os conceitos presentes. As possibilidades de resposta estão organizadas numa escala de Likert de 4 pontos: 0 (não se aplicou nada a mim), 1 (aplicou-se a mim algumas vezes), 2 (aplicou-se a mim muitas vezes) e 3 (aplicou-se a mim a maior parte das vezes). Os itens são afirmações positivas que remetem para emoções negativas, sendo que quanto mais alto o valor de cada sub-escala mais negativos os aspectos afectivos.

Na nossa amostra, os valores de consistência interna obtidos foram os seguintes: ansiedade, $\alpha = .856$; depressão, $\alpha = .845$; stress, $\alpha = .799$; vivências psicopatológicas (escala total), $\alpha = .939$.

6.2.3. Inventário Clínico de Auto-conceito.

Outro dos instrumentos utilizados foi o Inventário Clínico de Auto-conceito (Vaz Serra, 1985). Este instrumento pretende medir o auto-conceito nas dimensões social e emocional, detectando características que possuem estabilidade temporal. O inventário é constituído por vinte questões, existindo quatro factores. Os itens 1, 4, 9, 16 e 17 correspondem ao factor de aceitação/rejeição social. Os itens 2, 6, 7 e 13 constituem o factor de maturidade psicológica. Os itens 3, 5, 8, 11, 18 e 20 pertencem ao factor de auto-eficácia e os itens 10, 15 e 19 ao factor de impulsividade/actividade. A escala utilizada é do tipo Likert e tem 5 pontos: 1 – não concordo, 2 – concordo pouco,

3 – concordo moderadamente, 4 – concordo muito e 5 – concordo muitíssimo. A pontuação atribuída é mais baixa no 1 e mais alta no 5, procedendo-se no final à sua soma. Existem itens invertidos (itens 3,12 e 18), pelo que, nestes casos, a pontuação funciona de forma inversa. Quanto mais alto for o resultado da soma, melhor o auto-conceito. Para avaliação da fidedignidade do inventário, o autor apurou um coeficiente de correlação de .838.

Nos dados da nossa amostra, foram obtidos os seguintes valores de consistência interna: aceitação/rejeição social, $\alpha = .656$; maturidade psicológica, $\alpha = .532$; auto-eficácia, $\alpha = .727$; impulsividade/actividade, $\alpha = .517$; auto-conceito (escala total), $\alpha = .838$.

6.2.4. Questionário de Sentimentos Pessoais - Escala de Culpa.

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 (.72) estão incluídas no Questionário de Sentimentos Pessoais (Harder & Zalma, 1990) e são constituídas por 22 itens. 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. Para o presente estudo, utilizou-se apenas a Escala de Culpa da adaptação portuguesa (Francisco, 2003).

Tendo em conta os dados das nossas participantes, a Escala de Culpa apresenta uma consistência interna de $\alpha = .734$.

6.2.5. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal.

O último instrumento a ser utilizado foi a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC). Esta escala foi criada por Narciso e Costa (1996) e é constituída por 44 itens, nos quais se avalia a satisfação dos indivíduos relativamente a duas dimensões da conjugalidade: funcionamento conjugal e amor. Nos itens 1, 2, 3,

4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38 o foco é o casal, enquanto nos itens 8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44 o foco é o outro. Já os itens 9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43 têm como foco o 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: intimidade emocional (itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44, sendo $\alpha = .96$), sexualidade (itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28, sendo $\alpha = .93$), comunicação/conflito (itens 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 22, sendo $\alpha = .91$), funções familiares (itens 1, 2, 3 e 4, sendo $\alpha = .84$), rede social (itens 7, 8 e 9, sendo $\alpha = .73$), autonomia (itens 10, 11, 12 e 13, sendo $\alpha = .82$) e tempos livres (itens 5 e 6, sendo $\alpha = .70$). A satisfação conjugal global apresenta $\alpha = .97$. Para uma maior adequação à investigação proposta e à amostra em causa, não serão utilizadas as subescalas sexualidade e tempos livres.

Os valores de consistência interna proporcionados pelos dados das nossas participantes são os seguintes: intimidade emocional, $\alpha = .925$; comunicação/conflito, $\alpha = .877$; funções familiares, $\alpha = .740$; rede social, $\alpha = .791$; autonomia, $\alpha = .663$.

6.3. Hipóteses específicas

Na presente investigação, e tendo em conta a articulação entre as Hipóteses Gerais e os instrumentos escolhidos, é possível apresentar a formulação de algumas Hipóteses Específicas, sendo elas:

Hipótese Específica 1 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “ansiedade”;

Hipótese Específica 2 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão”;

Hipótese específica 3 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “stress”;

Hipótese específica 4 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “vivências psicopatológicas”;

Hipótese 5 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “aceitação/rejeição social”;

Hipótese 6 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “maturidade psicológica”;

Hipótese Específica 7 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “auto-eficácia”;

Hipótese Específica 8 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “impulsividade/atividade”;

Hipótese Específica 9 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “auto-conceito”;

Hipótese Específica 10 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “sentimento de culpabilidade”;

Hipótese Específica 11 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “intimidade emocional”;

Hipótese Específica 12 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “comunicação/conflito”;

Hipótese Específica 13 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “funções familiares”;

Hipótese Específica 14 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “rede social”;

Hipótese Específica 15 – A variável independente “número de semanas de gestação da perda mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “autonomia”;

Hipótese Específica 16 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “ansiedade”;

Hipótese Específica 17 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão”;

Hipótese específica 18 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “stress”;

Hipótese específica 19 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “vivências psicopatológicas”;

Hipótese 20 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “aceitação/rejeição social”;

Hipótese 21 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “maturidade psicológica”;

Hipótese Específica 22 – A variável independente “número de perdas gestacionais ” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “auto-eficácia”;

Hipótese Específica 23 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “impulsividade/actividade”;

Hipótese Específica 24 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “auto-conceito”;

Hipótese Específica 25 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “sentimento de culpabilidade”;

Hipótese Específica 26 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “intimidade emocional”;

Hipótese Específica 27 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “comunicação/conflito”;

Hipótese Específica 28 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “funções familiares”;

Hipótese Específica 29 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “rede social”;

Hipótese Específica 30 – A variável independente “número de perdas gestacionais” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “autonomia”;

Hipótese Específica 31 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “ansiedade”;

Hipótese Específica 32 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “depressão”;

Hipótese específica 33 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “stress”;

Hipótese específica 34 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “vivências psicopatológicas”;

Hipótese 35 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “aceitação/rejeição social”;

Hipótese 36 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “maturidade psicológica”;

Hipótese Específica 37 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “auto-eficácia”;

Hipótese Específica 38 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “impulsividade/actividade”;

Hipótese Específica 39 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “auto-conceito”;

Hipótese Específica 40 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “sentimento de culpabilidade”;

Hipótese Específica 41 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “intimidade emocional”;

Hipótese Específica 42 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “comunicação/conflicto”;

Hipótese Específica 43 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “funções familiares”;

Hipótese Específica 44 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “rede social”;

Hipótese Específica 45 – A variável independente “número de filhos vivos no momento da perda gestacional mais recente” dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dependente “autonomia”.

6.4. Recolha dos dados

A fim de se proceder à recolha de uma amostra onde fosse possível testar as hipóteses em causa, recorreu-se a contactos pessoais estabelecidos pela investigadora, bem como à Consulta do Grupo de Estudos de Morte Fetal da Maternidade Dr. Alfredo

da Costa. Como critérios de inclusão na amostra, foram definidos os seguintes: a) participantes que sofreram uma perda gestacional entre os 20 e os 40 anos de idade; b) sem limite quanto ao número de semanas de gestação em que a perda tenha ocorrido; c) incluindo mulheres com perdas gestacionais anteriores à actual; d) com perdas gestacionais de causa conhecida ou desconhecida. A abordagem relativamente aos contactos da investigadora foi estabelecida pessoalmente, sendo que foram também contactadas participantes através de fóruns públicos de conversação.

Na Maternidade Alfredo da Costa, a abordagem foi feita pela enfermeira responsável pela consulta que, de seguida, encaminhava as participantes para a investigadora. Procurou-se que as participantes não estivessem no limiar do momento da alta da consulta, para que, caso fosse necessário um acompanhamento psicológico por parte do departamento correspondente, este apoio ficasse salvaguardado.

Em qualquer uma das situações, a investigadora começou por preencher o Questionário Sociodemográfico e Clínico com base nas informações dadas pelas mães. Seguiu-se a EADS, o ICAC, a Escala de Vergonha e Culpa e a EASAVIC, todos preenchidos pelas participantes.

7. Resultados

7.1. Caracterização da amostra

Na Maternidade Alfredo da Costa, foram recolhidos 7 protocolos. Através dos contactos pessoais da investigadora foram recolhidos 15 protocolos e os restantes (8) foram obtidos por contactos realizados através de fóruns públicos de conversação acerca da perda gestacional.

Relativamente às mulheres, a média de idades estabelece-se nos 32.83 anos (DP = 3.24), variando entre os 26 e os 40 anos, com um desvio padrão de 3.24. As participantes da amostra são de nacionalidade Portuguesa, sendo que 60% é natural do distrito de Lisboa, 23.3% do de Santarém e 16.7% de outros distritos. No que diz respeito ao estatuto socioeconómico, 36.7% das participantes são classificadas no nível médio, 40% no médio superior e as restantes (23.3%) no nível superior. A maioria das participantes é casada (63.3%) e 30% vive em união de facto. Já, as divorciadas apresentam-se em minoria, representando 6.7% da amostra. Em relação à composição do agregado familiar, é possível observar que a maioria vive apenas com o cônjuge (50%) ou com este e um ou mais filhos ou enteados (43.3%). Apenas 3.3% das participantes vive sozinha, sendo a frequência similar para as situações em que a mulher vive com o cônjuge e a família alargada. Quanto ao estatuto laboral, 96.7% das mulheres estão empregadas e 3.3% desempregadas. Os resultados apurados em relação aos anos de relacionamento conjugal variam entre 0 e 15s, sendo a média de 6.17 (DP = 3.81). O número de filhos da relação actual, bem como o número de filhos de relações anteriores varia entre 0 e 2. No primeiro caso, obteve-se uma média de 0.33 filhos (DP = .66), enquanto na segunda situação a média foi 0.20 (DP = .49).

No que diz respeito aos homens, a idade varia entre os 26 e os 47 anos, sendo a média de idades de 35.13 anos (DP = 4.46). O seu estatuto socioeconómico apresenta valores similares no nível superior (30%) e no nível médio superior (30%), enquanto 40% da amostra se situa no nível médio. À semelhança das mulheres, a maioria dos homens são casados (66.7%), 26.7% vive em união de facto e apenas 6.7% é divorciado. Entre os homens, 93.3% é de nacionalidade Portuguesa, sendo que 6.7% tem outra nacionalidade. Os homens naturais do distrito de Lisboa representam 70%, os de Santarém 16.7% e os de outros distritos 13.3%. No que diz respeito ao estatuto

laboral, os valores apurados são similares aos das mulheres. A média de anos de relação conjugal varia entre 0 e 15, sendo a média de 6.10 (DP = 3.87). Já, o número de relações conjugais anteriores situa-se entre 0 e 2, tendo-se obtido uma média de .33 (DP = .55). Relativamente ao número de filhos de relações conjugais anteriores, apurou-se um mínimo de 0 e um máximo de 2 (M = .37, DP = .72). Em relação aos filhos de relações anteriores, os valores variaram entre 0 e 5 (M = .30, DP = .95).

Quanto ao historial obstétrico, apurou-se um mínimo de duas gravidezes por mulher e um máximo de oito (M = 3.53, DP = 1.55). Já, o número de perdas gestacionais variou entre uma e oito (M = 2.97, DP = 1.52). No que diz respeito à gravidez ter sido desejada, planeada e vigiada, os valores são iguais nos três casos (96.7%). As mulheres realizaram entre 0 e 3 ecografias (M = 1.43, DP = .68). Já, as semanas de gestação no momento da perda mais recente variaram entre as 12 e as 16 semanas (M = 9.7, DP = 3.67). Já quanto ao tempo que passou desde a perda mais recente, os resultados variaram entre os 0 e os 222 meses (M = 33.2, DP = 51.78).

7.2. Regressão linear

Para testar as nossas hipóteses, utilizámos análises de regressão linear. Para estas análises, todas as variáveis nominais foram recodificadas de forma dicotómica. Todas as variáveis intervalares foram testadas relativamente ao seu ajustamento à distribuição normal (ver anexo 13). Desta análise, resultou que não se afastam significativamente da distribuição normal as seguintes variáveis: idade cronológica da mãe, idade cronológica do pai, anos do relacionamento conjugal actual do pai, Número de semanas de gestação da perda mais recente, maturidade psicológica (ICAC), auto-eficácia (ICAC), impulsividade/actividade (ICAC), auto-conceito (total do ICAC), stress (EADS), ansiedade (EADS), depressão (EADS), vivências psicopatológicas (total da EADS), sentimento de culpabilidade (EVC), funções familiares (EASAVIC), autonomia (EASAVIC). Todas as outras variáveis apresentaram afastamentos significativos relativamente à distribuição normal. Apesar disso, a inspecção dos gráficos Q-Q Plot permite concluir que os afastamentos em causa não impedem o uso das análises de regressão. Nas análise de regressão, foram tidos em conta os valores limites de tolerância ($< .1$) e de VIF (> 10), de forma a evitar o problema da multicolinearidade.

Nas análises de regressão, as variáveis independentes foram introduzidas de acordo com a sequência seguinte: Modelo 1 – idade cronológica da mãe, estatuto laboral da mãe, escolaridade da mãe; Modelo 2 – estatuto laboral do pai, escolaridade do pai; Modelo 3 – anos do relacionamento conjugal actual da mãe, número de relações conjugais anteriores da mãe, número de filhos da relação actual da mãe, número de filhos de relações anteriores da mãe, número de relações conjugais anteriores do pai, número de filhos das relações anteriores do pai; Modelo 4 – número de perdas gestacionais, gravidez planeada, gravidez desejada, gravidez vigiada, número de ecografias, tempo após a perda. No Modelo 5, foram introduzidas isoladamente, de acordo com a especificidade das hipóteses, as seguintes variáveis: número de semanas de gestação na perda mais recente, número de perdas gestacionais anteriores à perda mais recente e número de filhos vivos. Cada vez que uma destas três variáveis era introduzida no Modelo 5, as outras duas permaneciam no Modelo 4.

7.3. Testagem de hipóteses específicas

7.3.1. Testagem das hipóteses específicas 1 e 2.

As testagens das hipóteses específicas 1 e 2 foram elaboradas através de análises de regressão onde as variáveis dependentes são, respectivamente, os níveis de “ansiedade” e “depressão”, o que pode ser observado através das subescalas ansiedade e depressão da EADS.

Tal como é possível verificar, nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação das variáveis dependentes referenciadas acima, pelo que as hipóteses não são confirmadas (ver anexos 29 e 30).

7.3.2. Testagem da hipótese específica 3.

A testagem da hipótese específica 3 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o nível de “*stress*”, que pode ser observado através da subescala *stress* da EADS.

Tal como é possível verificar, os modelos 1, 3, 4 e 5 não dão um contributo significativo para a explicação da variável dependente “*stress*”. No entanto, o modelo 2 dá um contributo significativo para a variância explicada da variável dependente referida ($p = .050$).

Apesar de a hipótese não ser confirmada, no modelo 5, a variável “tempo após a perda” dá um contributo significativo para a explicação da variável “stress” ($p = .028$) (ver anexo 31).

7.3.3. Testagem das hipóteses específicas 4 e 5.

As testagens das hipóteses específicas 4 e 5 foram elaboradas através de análises de regressão onde as variáveis dependentes são, respectivamente, as “vivências psicopatológicas” (observada através da pontuação total da EADS) e “aceitação/rejeição social” do ICAC.

Tal como é possível verificar (ver anexo 32), nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente “vivências psicopatológicas”. No entanto, o modelo 2 dá um contributo moderadamente significativo para a variância explicada da variável dependente referida ($p = .085$), sendo que a variável “estatuto laboral da mãe” é a única estatisticamente significativa ($p = .028$). Apesar de a hipótese 4 não ser confirmada, a variável “tempo após a perda”, no modelo 5, dá um contributo moderadamente significativo para a explicação da variável “vivências psicopatológicas” ($p = .095$).

Relativamente à hipótese específica 5, nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente, pelo que a hipótese não é confirmada (ver anexo 33).

7.3.4. Testagem da hipótese específica 6.

A testagem da hipótese específica 6 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a “maturidade psicológica” que pode ser observada através da subescala maturidade psicológica do ICAC.

Tal como é possível verificar, os modelos 1, 3, 4 e 5 não dão um contributo significativo para a explicação da variável dependente “maturidade psicológica” (ver anexo 34). No entanto, o modelo 2 dá um contributo significativo para a variância explicada da variável dependente referida ($p = .050$), sendo que as variáveis “escolaridade da mãe” ($p = .017$) e “escolaridade do pai” ($p = .017$) são estatisticamente significativas. Apesar de a hipótese não ser confirmada, no modelo 5 as variáveis

“idade cronológica da mãe” ($p = .097$), “escolaridade da mãe” ($p = .051$), “número de anos da relação conjugal actual da mãe” ($p = .051$) e “número de filhos vivos da relação actual da mãe” ($p = .099$) dão um contributo moderadamente significativo para a explicação da variável “maturidade psicológica”, enquanto a variável “escolaridade do pai” ($p = .014$) dá um contributo significativo para a mesma variável.

7.3.5. Testagem das hipóteses específicas 7, 8 e 9

As testagens das hipóteses específicas 7, 8 e 9 foram elaboradas através de análises de regressão onde as variáveis dependentes são, respectivamente, a “auto-eficácia” (subescala do ICAC), a “impulsividade/actividade” (subescala do ICAC) e o “auto-conceito” (escala total do ICAC).

Tal como é possível verificar (ver anexos 35, 36 e 37), nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação das variáveis dependentes referidas acima, pelo que as hipóteses não se confirmam. No entanto, o modelo 1 dá um contributo moderadamente significativo (ver anexo 35) para a explicação da variância da variável dependente “auto-eficácia” ($p = .099$).

Já o modelo 4 dá um contributo moderadamente significativo para a variância explicada da variável dependente impulsividade/actividade ($p = .054$), sendo que a variável “tempo após a perda”, no modelo 5, dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente “impulsividade/actividade” ($p = .034$) (ver anexo 36).

7.3.6. Testagem da hipótese específica 10.

A testagem da hipótese específica 10 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o “sentimento de culpabilidade”, que pode ser observado através da escala Culpa do Questionário de Sentimentos Pessoais. No seguinte quadro, constam os resultados obtidos.

Quadro 1. Regressão Linear; Variável Dependente Sentimento de Culpabilidade; Variável Independente Número de Semanas de Gestação da Perda Mais Recente

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R²</i> <i>ajustado da estimativa</i>	<i>Erro padrão</i> <i>de estimativa</i>	<i>Acréscimo</i> <i>de R²</i>	<i>Acréscimo</i> <i>de F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig. Acréscimo</i> <i>de F</i>
1	.582 ^a	.338	.233	4.06184	.338	3.197	4	25	.030
2	.636 ^b	.404	.249	4.01852	.066	1.271	2	23	.300
3	.818 ^c	.670	.436	3.48083	.265	2.276	6	17	.085
4	.862 ^d	.743	.467	3.38585	.073	1.322	3	14	.307
5	.899 ^e	.808	.571	3.03597	.065	4.413	1	13	.056

Tal como é possível verificar, os modelos 2, 3, 4 e 5 não dão um contributo significativo para a explicação da variável dependente “sentimento de culpabilidade”. No entanto, o modelo 1 dá um contributo significativo ($p = .030$) e os modelos 3 ($p = .085$) e 5 ($p = .056$) dão contributos moderadamente significativos para a variância explicada da variável dependente referida. No modelo 1, a variável “estatuto laboral da mãe” ($p = .007$) é estatisticamente significativa. Apesar de a hipótese não ser confirmada, no modelo 5, a variável “tempo após a perda” dá um contributo significativo para a explicação da variável “sentimento de culpabilidade” ($p = .034$) (ver anexo 38).

7.3.7. Testagem das hipóteses específicas 11, 12 e 13.

As testagens das hipóteses específicas 11,12 e 13 foram elaboradas através de análises de regressão onde as variáveis dependentes são, respectivamente, a “intimidade emocional”, a “comunicação/conflito” e as “funções familiares”, sendo todas subescalas da EASAVIC.

Tal como é possível verificar, nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação das variáveis dependentes referidas, pelo que as hipóteses não se confirmam (ver anexos 39, 40 e 41).

7.3.8. Testagem da hipótese específica 14.

A testagem da hipótese específica 14 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a “rede social” (observada através da subescala respectiva da EASAVIC). No seguinte quadro, constam os resultados obtidos.

Quadro 2. Regressão Linear; Variável Dependente Rede Social; Variável Independente Número de Semanas de Gestação da Perda Mais Recente

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R²</i> <i>ajustado da</i>	<i>Erro padrão</i> <i>de estimativa</i>	<i>Acréscimo</i> <i>de R²</i>	<i>Acréscimo</i> <i>de F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig. Acréscimo</i> <i>de F</i>
1	.395 ^a	.156	.009	2.80282	.156	1.064	4	23	.397
2	.396 ^b	.157	-.035	2.86513	.000	.010	1	22	.920
3	.464 ^c	.215	-.325	3.24087	.059	.199	6	16	.972
4	.488 ^d	.238	-.583	3.54327	.023	.129	3	13	.941
5	.698 ^e	.487	-.153	3.02438	.250	5.843	1	12	.032

Tal como é possível verificar, o modelo 5 dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente “rede social” ($p = .032$), confirmando-se a hipótese específica 14.

7.3.9. Testagem das hipóteses específicas 15, 16 e 17.

As testagens das hipóteses específicas 15, 16 e 17 foram elaboradas através de análises de regressão onde as variáveis dependentes são a “autonomia”(subescala EASAVIC), “ansiedade” e “depressão” (ambas subescalas da EADS).

Tal como é possível verificar, nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação das variáveis dependentes referidas, pelo que as hipóteses não se confirmam (ver anexos 43, 44 e 45). No entanto, o modelo 2 ($p = .079$) dá um contributo moderadamente significativo para a variância explicada da variável dependente depressão (ver anexo 45).

7.3.10. Testagem da hipótese específica 18.

A testagem da hipótese específica 18 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o “stress” (subescala da EADS).

Tal como é possível verificar, embora esta hipótese específica não se confirme, os modelos 2 ($p = .075$) e 4 ($p = .075$) dão contributos moderadamente significativos para a explicação da variável dependente referida (ver anexo 46).

7.3.11. Testagem das hipóteses específicas 19 e 20.

As testagens das hipóteses específicas 19 e 20 foram elaboradas através de análises de regressão onde as variáveis dependentes são as “vivências psicopatológicas” (escala total da EADS) e “aceitação/rejeição social” (subescala da EASAVIC).

Tal como é possível verificar, o modelo 2 (ver anexos 47 e 48) dá um contributo moderadamente significativo para a explicação das variáveis dependentes “vivências psicopatológicas” ($p = .085$) e “depressão” ($p = .079$), embora nenhuma das hipóteses se confirme.

7.3.12. Testagem das hipóteses específicas 21 e 22.

As testagens das hipóteses específicas 21 e 22 foram elaboradas através de análises de regressão onde as variáveis dependentes são a “maturidade psicológica” e a “auto-eficácia” (subescalas da EASAVIC).

Excepto o modelo 2, nenhum dos outros dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente “maturidade psicológica”, pelo que a hipótese específica 21 não se confirma (ver anexo 49). Tal como é possível verificar, o modelo 2 dá um contributo significativo ($p = .050$) para a variância explicada da variável dependente referida, sendo que a “escolaridade da mãe” ($p = .017$) e a “escolaridade do pai” ($p = .017$) são variáveis estatisticamente significativas (ver anexo x). Embora o modelo 5 não apresente um contributo significativo, a variável “escolaridade do pai” ($p = .014$) é estatisticamente significativa.

A hipótese específica 22 também não é confirmada, embora o modelo 1 ($p = .099$) dê um contributo moderadamente significativo para a explicação da variável dependente “auto-eficácia” (ver anexo 50).

7.3.13. Testagem da hipótese específica 23.

A testagem da hipótese específica 23 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a “impulsividade/atividade” (subescala do ICAC).

Tal como é possível verificar, embora esta hipótese específica não se confirme, o modelo 4 ($p = .016$) dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente referida. Apesar do modelo 5 não dar um contributo significativo para a variância explicada, a variável “tempo após a perda” ($p = .034$) é estatisticamente significativa (ver anexo 51).

7.3.14. Testagem da hipótese específica 24.

A testagem da hipótese específica 24 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o “auto-conceito” (escala total do ICAC).

Tal como é possível verificar, nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a variância explicada da variável dependente referida (ver anexo 52).

7.3.15. Testagem da hipótese específica 25.

A testagem da hipótese específica 25 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o “sentimento de culpabilidade” (escala da Culpa). No seguinte quadro, constam os resultados obtidos.

Quadro 3. Regressão Linear; Variável Dependente Sentimento de Culpabilidade; Variável Independente Número de Perdas Gestacionais Anteriores à Perda Gestacional Mais Recente

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R²</i> <i>ajustado</i>	<i>Erro padrão</i> <i>da estimativa</i>	<i>Acréscimo</i> <i>de R²</i>	<i>Acréscimo</i> <i>de F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig. Acréscimo</i> <i>de F</i>
1	.582 ^a	.338	.233	4.06184	.338	3.197	4	25	.030
2	.636 ^b	.404	.249	4.01852	.066	1.271	2	23	.300
3	.818 ^c	.670	.436	3.48083	.265	2.276	6	17	.085
4	.898 ^d	.807	.601	2.92953	.138	3.333	3	14	.050
5	.899 ^e	.808	.571	3.03597	.001	.036	1	13	.853

Tal como é possível verificar, embora esta hipótese específica não se confirme, o modelo 1 ($p = .020$) dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente referida, sendo que a variável “estatuto laboral da mãe” (ver anexo 53) é estatisticamente significativa ($p = .007$). Também o modelo 4 ($p = .020$) é estatisticamente significativo, sendo que o “número de semanas de gestação na perda mais recente” dá um contributo significativo ($p = .036$) para a variância explicada da variável dependente.

O modelo 3 ($p = .085$) dá um contributo moderadamente significativo para a variância explicada, sendo as variáveis “estatuto laboral da mãe” ($p = .021$) e “anos de relacionamento conjugal da mãe” ($p = .035$) estatisticamente significativas.

7.3.16. Testagem das hipóteses específicas 26, 27, 28, 29, 30 e 31

As testagens das hipóteses específicas 26, 27, 28, 29, 30 e 31 foram elaboradas através de análises de regressão onde as variáveis dependentes são a “intimidade emocional” (subescala EASAVIC), “comunicação/conflito” (subescala EASAVIC), “funções familiares” (subescala EASAVIC), “rede social” (subescala EASAVIC), “autonomia” (subescala EASAVIC) e “ansiedade” (subescala EADS).

Tal como é possível verificar, nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a explicação das variáveis dependentes referidas, pelo que as hipóteses não se confirmaram (ver anexos 54 a 59).

7.3.17. Testagem da hipótese 32

A testagem da hipótese específica 32 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a “depressão” (subescala da EADS).

Tal como é possível verificar, embora esta hipótese específica não se confirme, o modelo 2 ($p = .079$) dá um contributo moderadamente significativo para a explicação da variável dependente referida (ver anexo 60).

7.3.18. Testagem da hipótese 33

A testagem da hipótese específica 33 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o “*stress*” (subescala da EADS).

Tal como é possível verificar, embora esta hipótese específica não se confirme, o modelo 2 ($p = .075$) dá um contributo moderadamente significativo para a explicação da variável dependente referida (ver anexo 61), sendo que as variáveis “estatuto laboral da mãe” ($p = .013$), “escolaridade da mãe” ($p = .096$) e “estatuto laboral do pai” ($p = .099$) dão contributos moderadamente significativos para a explicação da variável dependente. No modelo 3, apesar de não ser estatisticamente negativo, as variáveis “estatuto laboral da mãe” ($p = .051$) e “estatuto laboral do pai” ($p = .083$) dão contributos moderadamente significativos para a variância explicada da variável dependente.

7.3.19. Testagem da hipótese 34

A testagem da hipótese específica 34 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o “vivências psicopatológicas” (escala completa da EADS).

Tal como é possível verificar, embora esta hipótese específica não se confirme, o modelo 2 ($p = .085$) dá um contributo moderadamente significativo para a explicação da variável dependente referida (ver anexo x), sendo que as variáveis “estatuto laboral da mãe” ($p = .028$) e “escolaridade da mãe” ($p = .087$) dão contributos moderadamente significativos para a explicação da variável dependente (ver anexo 62).

No modelo 1, apesar de não ser estatisticamente negativo, a variável “estatuto laboral da mãe” ($p = .077$) dá um contributo moderadamente significativo para a variância explicada da variável dependente. No modelo 3, apesar de não dar nenhum contributo significativo para a explicação da variável dependente, as variáveis “estatuto laboral da mãe” ($p = .065$) e “estatuto laboral do pai” ($p = .091$) dão contributos moderadamente significativos para a explicação da variável referida.

7.3.20. Testagem da hipótese 35.

A testagem da hipótese específica 35 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a “aceitação/rejeição social” (subescala do ICAC).

Tal como é possível verificar, nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a variância explicada da variável dependente referida, pelo que a hipótese não se confirma (ver anexo 63).

7.3.21. Testagem da hipótese 36.

A testagem da hipótese específica 36 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a “aceitação/rejeição social” (subescala do ICAC). No seguinte quadro, constam os resultados obtidos.

Quadro 4. Regressão Linear; Variável Dependente Aceitação/Rejeição Social; Variável Independente Número de Filhos Vivos no momento da Perda Mais Recente

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R² ajustado</i>	<i>Erro padrão da estimativa</i>	<i>Acréscimo de R²</i>	<i>Acréscimo de F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig. Acréscimo de F</i>
1	.434 ^a	.188	.058	1,96568	.188	1.447	4	25	.248
2	.612 ^b	.375	.212	1,79835	.187	3.434	2	23	.050
3	.687 ^c	.471	.193	1,81946	.097	.867	4	19	.501
4	.723 ^d	.522	.076	1,94664	.051	.400	4	15	.806
5	.772 ^e	.596	.164	1,85234	.074	2.566	1	14	.131

Tal como é possível verificar, os modelos 1, 3, 4 e 5 não dão um contributo significativo para a variância explicada da variável dependente referida e a hipótese não se confirma. No entanto, nos modelos 4 e 5, a variável “escolaridade do pai” ($p = .034$ e $p = 0.013$), dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente em causa. Já o modelo 2 dá um contributo significativo ($p = .050$) para a variância explicada da variável dependente referida (ver anexo 64).

7.3.22. Testagem da hipótese 37.

A testagem da hipótese específica 37 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a “auto-eficácia” (subescala do ICAC).

Tal como é possível verificar, os modelos 2, 3, 4 e 5 não dão um contributo significativo para a variância explicada da variável dependente referida e a hipótese não se confirma (anexo 65). No entanto, nos modelos 2 e 3, a variável “estatuto socioeconómico das mães” ($p = .023$ e $p = .034$), dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente em causa. Já o modelo 1 dá um contributo moderadamente significativo ($p = .099$) para a variância explicada da variável dependente referida.

7.3.23. Testagem da hipótese 38.

A testagem da hipótese específica 38 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a “impulsividade/actividade” (subescala do ICAC). No seguinte quadro, constam os resultados obtidos.

Quadro 5. Regressão Linear; Variável Dependente Impulsividade/Actividade; Variável Independente Número de Filhos Vivos no momento da Perda Mais Recente

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R²</i> <i>ajustado da estimativa</i>	<i>Erro padrão</i> <i>de R²</i>	<i>Acréscimo</i> <i>de R²</i>	<i>Acréscimo</i> <i>de F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig. Acréscimo</i> <i>de F</i>
1	.399 ^a	.160	.025	1.86500	.160	1.187	4	25	.341
2	.434 ^b	.188	-.024	1.91122	.028	.403	2	23	.673
3	.516 ^c	.266	-.121	1.99962	.078	.503	4	19	.734
4	.774 ^d	.599	.226	1.66228	.334	3.124	4	15	.047
5	.801 ^e	.641	.256	1.62890	.042	1.621	1	14	.224

Tal como é possível verificar, os modelos 1, 2, 3 e 5 não dão um contributo significativo para a variância explicada da variável dependente referida e a hipótese não se confirma (ver anexo 66). No entanto, no modelo 5, a variável “tempo após a perda” ($p = .035$), dá um contributo significativo para a explicação da variável dependente em causa. Já o modelo 4 dá um contributo significativo ($p = .047$) para a variância explicada da variável dependente referida.

7.3.24. Testagem da hipótese 39.

A testagem da hipótese específica 39 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é a “auto-conceito” (escala total do ICAC).

Tal como é possível verificar, nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a variância explicada da variável dependente referida, pelo que a hipótese não se confirma (ver anexo 67).

7.3.25. Testagem da hipótese 40.

A testagem da hipótese específica 40 foi elaborada através de uma análise de regressão onde a variável dependente é o “sentimento de culpabilidade” (escala Culpa do Questionário de Sentimentos Pessoais). No seguinte quadro, constam os resultados obtidos.

Quadro 6. Regressão Linear; Variável Dependente Sentimento de Culpabilidade; Variável Independente Número de Filhos Vivos no momento da Perda Mais Recente

<i>Modelo</i>	<i>R</i>	<i>R²</i>	<i>R² ajustado da estimativa</i>	<i>Erro padrão de R²</i>	<i>Acréscimo de R²</i>	<i>Acréscimo de F</i>	<i>gl1</i>	<i>gl2</i>	<i>Sig. Acréscimo de F</i>
1	.582 ^a	.338	.233	4.06184	.338	3.197	4	25	.030
2	.636 ^b	.404	.249	4.01852	.066	1.271	2	23	.300
3	.780 ^c	.609	.403	3.58252	.205	2.485	4	19	.078
4	.881 ^d	.775	.566	3.05539	.167	2.780	4	15	.065
5	.883 ^e	.780	.545	3.12788	.005	.313	1	14	.585

Tal como é possível verificar, os modelos 2 e 5 não dão um contributo significativo para a variância explicada da variável dependente referida e a hipótese não se confirma (ver anexo 68). No entanto, os modelos 3 e 4 ($p = .078$ e $p = .065$) dão contributos moderadamente significativos para a explicação da variável dependente em causa.

No modelo 3, as variáveis “estatuto laboral da mãe ($p = .030$) e “anos de relacionamento conjugal da mãe” ($p = .042$) são estatisticamente significativas.

Já o modelo 1 dá um contributo significativo ($p = .030$) para a variância explicada da variável dependente referida, sendo a variável “estatuto laboral da mãe” estatisticamente significativa (ver anexo x).

7.3.26. Testagem das hipóteses 41, 42, 43, 44 e 45.

As testagens das hipóteses específicas 41, 42, 43, 44 e 45 foram elaboradas através de uma análise de regressão onde as variáveis dependentes são a “intimidade emocional”, “comunicação/conflito”, “funções familiares”, “rede social” e “autonomia” (subescalas da EASAVIC).

Tal como é possível verificar, nenhum dos modelos dá um contributo significativo para a variância explicada das variáveis dependentes referidas, pelo que as hipóteses não se confirmam (ver anexos 69 a 73).

8. Discussão e Conclusões

8.1. Discussão dos resultados

Na presente investigação foi possível retirar algumas conclusões interessantes.

Relativamente à variável dependente “*stress*”, a hipótese específica não se confirmou. No entanto, através das correlações (ver anexo 74) é possível afirmar que a variável “tempo após a perda” ($p = .028$) exerce um papel importante relativamente à variável dependente. Deste modo, pode afirmar-se que, à medida que o tempo avança depois da perda, mais baixos são os níveis de “*stress*”, pois o processo de luto vai sendo elaborado e permite a criação de novos recursos.

A hipótese específica 5 não foi confirmada, mas a variável “tempo após a perda” ($p = .095$) parece influenciar significativamente as “vivências psicopatológicas” (escala total da EADS). Através da análise das correlações (ver anexo 75), é possível afirmar que a variável “tempo após a perda” ($p = .028$) desempenha um papel activo sobre a variável dependente. Deste modo, pode afirmar-se que, à medida que o tempo avança depois da perda, os níveis de ansiedade, depressão e *stress* diminuem, pois a aceitação e a elaboração da perda vão-se estabelecendo, reduzindo os valores dos sinais de sofrimento psicológico.

No que diz respeito à variável dependente “maturidade psicológica”, é possível retirar algumas conclusões importantes (ver anexo 76). Em primeiro lugar, verificou-se que, quanto mais anos de estudo o pai tem (“escolaridade do pai”, $p = .017$), maior a maturidade psicológica da mãe. Por outro lado, também a variável “escolaridade da mãe” ($p = .051$) se torna significativa pois, na análise da correlação com a variável dependente, é possível verificar que o seu contributo é ainda mais interessante do que aquele que é dado pela “escolaridade do pai”. Assim, a “maturidade psicológica” da mãe parece ser altamente influenciada pela sua escolaridade, pois o seu auto-investimento pessoal permite-lhe um maior desenvolvimento das suas competências emocionais. Por último, verifica-se que o “número de anos da relação conjugal actual da mãe” ($p = .051$) desempenha um protagonismo relevante face à variável dependente. A manutenção de uma relação conjugal pressupõe desenvolvimento emocional, pelo que se compreende que uma relação mais duradoura seja reflexo de uma maior “maturidade psicológica”.

Na análise da subescala do ICAC “impulsividade/atividade”, a variável tempo após a perda apresenta um valor significativo ($p = .034$). Pode concluir-se, pela análise de correlação (ver anexo 77) que quanto menos tempo passou desde a perda gestacional maior é a impulsividade das mães. Isto, provavelmente, é um reflexo da reestruturação emocional que as mães iniciam nesse momento e lhes provoca alguma fragilidade psicológica.

Relativamente ao sentimento de culpabilidade, avaliado pela escala de Culpa do Questionário de Sentimentos Pessoais, o tempo após a perda ($p = .034$) volta a surgir como variável significativa para a explicação da variável dependente. Assim, quanto menos tempo passado após a perda gestacional maior é o sentimento de culpabilidade (ver anexo 78). Nesta circunstância, menos tempo significa a vivência de uma fase inicial do luto. Nestes momentos iniciais, os recursos psicológicos parecem estar pouco activos e a emergência de elevados níveis de culpabilidade, provavelmente, reflecte essa realidade.

A variável dependente “rede social” (subescala da EASAVIC) também apresenta uma relação significativa com o “Número de semanas de gestação da perda mais recente” ($p = .032$). Deste modo, quanto mais semanas de gestação no momento da perda maior é a vinculação da mulher à gravidez, pelo que a aceitação da situação da perda pode ser mais complexa. Assim, pode existir uma maior tendência ao isolamento, pelo que a satisfação conjugal no contacto com a rede social pode ser afectada (ver anexo 79).

A “escolaridade do pai” também parece ter um contributo significativo ($p = .013$) para a variável dependente “aceitação/rejeição social” (subescala do ICAC). As actividades académicas parecem promover uma maior gama de interesses e desenvolvimento de capacidades intelectuais e sociais, o que pode contribuir para uma maior facilidade e bem-estar no contacto com os outros (ver anexo 80).

8.2. Limitações

Apesar das condições adequadas em que a recolha foi feita, as participantes com características relevantes para a investigação eram acompanhadas em diferentes consultas, juntamente com mulheres noutra tipo de situações, o que tornou difícil o estabelecimento de momentos propícios à recolha e à selecção das participantes.

O Número de semanas de gestação da perda mais recente foi uma limitação à investigação. Na amostra, as semanas de gestação no momento da perda variaram entre as 2 e as 16 semanas, pelo que não foi possível verificar se, à medida que a gravidez avança, as alterações nas variáveis se tornariam mais significativas. Esta verificação seria importante, visto que as tarefas da maternidade são diferentes à medida que a gestação progride. Neste sentido, em investigações futuras, gostaríamos de expandir estes resultados utilizando uma amostra em que as semanas de gestação no momento da perda variassem entre as 2 e as 35 semanas.

Relativamente aos instrumentos utilizados, o facto de não terem sido construídos com vista à utilização específica na problemática em causa pode ter restringido alguns resultados. A elaboração de um processo de luto na perda gestacional comporta especificidades, pelo que seria desejável a avaliação de dimensões psicológicas através de instrumentos que remetessem para situações características de processos de luto subsequentes a situações de gravidez.

Na presente investigação a variável “tempo da perda” foi utilizada somente como uma variável a controlar. No entanto, observando-se os resultados, é possível verificar que esta variável deu contributos bastante interessantes para a explicação das variáveis independentes. Por esse motivo, pensamos que a utilização desta variável como variável independente pode vir a revelar-se prometedora.

8.3. Conclusão

O número de semanas de gestação da perda mais recente dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da satisfação conjugal na rede social. O momento em que ocorre a perda gestacional e as circunstâncias desse momento parecem ter influência na forma como é elaborado o luto. No entanto, torna-se relevante a existência de estudos posteriores com uma amostra mais alargada para que seja possível compreender claramente a dimensão das variações na vivência do luto por perda gestacional.

Bibliografia

- Andrade, L. H. & Gorenstein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 6 (25), 285-290.
- Barbosa, A. & Neto, I. Processo de luto. In Barbosa, A. *Manual de cuidados paliativos* (pp. 487-532). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa
- Bibring, G., Dwyer, T., Huntington, D. & Valenstein, A. (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytical Study of the Child*, 5, 16, 25-71.
- Biscaia, J. (1996). O período perinatal. In L. Archer, J. Biscaia & W. Oswald (Eds.). *Bioética* (pp.190-200). Lisboa: Editorial Verbo.
- Castillo, A.R., Recondo, R., Asbahr, F. R. & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 20-23. doi: 10.1590/S1516-44462000000600006.
- Cavalcanti, A., Samczuk, M., & Bonfim, T. (2013). O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo Informação*, 17, 17, 87-104. doi: 10.15603/2176-0969/pi.v17n17p87-105.
- Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez – A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conde, A. & Figueiredo, B. (2003). Ansiedade na gravidez – factores de risco e implicações para a saúde e bem-estar da mãe. *Psiquiatria Clínica*, 3 (24), 197-209.
- Francisco, V. (2003). Trabalho de Investigação em Psicologia Clínica, Licenciatura em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa

- Grinberg (2000). *Culpa e Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hallstrom, C. & McClure, N. (2000). *Ansiedade e depressão – perguntas e respostas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Harder, D. & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: a construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55, 3&4, 729-745. doi:10.1080/00223891.1990.9674108.
- Harder, D., Cutler, L. & Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationships to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59, 3, 584-604. doi: 10.1207/s15327752jpa5903_12.
- Harder, D., & Greenwald, D. F. (1999). Further validation of the shame and guilt scales of the Harder personal feelings questionnaire – 2. *Psychological Reports*, 85, 271-281. doi: 10.2466/pr0.1999.85.1.271.
- Hocking, K. L. (2007). Artistic narratives of self-concept during pregnancy. *The Arts in Psychotherapy*, 34, 163-178. doi: 10.1016/j.aip.2007.01.003.
- Justo, J. (1990). Gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*, 4, 8, 371-376.
- Kay, J., Roman, B. & Schulte, H. (1997). Pregnancy loss and the grief process. In J. Woods & J. Woods. *Loss during pregnancy or in the newborn period* (pp. 5-36). New Jersey: Jannetti Publications.
- Kumar, R. & Robson, R. (1984). A prospective study of emotional disorders in child bearing women. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- McGreal, D., Evans, B., & Burrows, G. (1997). Gender differences in coping following loss of a child through miscarriage or stillbirth: a pilot study. *Stress Medicine*, 13, 165. doi: 10.1002/(SICI)10991700(199707)13:3<159::AIDSMI734>3.0.CO.

- Miller, B. C. & Myers-Walls, J. A. (1983). Parenthood: stresses and coping strategies. In H. I. McCubbin & C.R. Figley. *Stress and the family – coping with normative transition*. (pp. 54-73). Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- Narciso, I. & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A. A. & Canavarro, M.C. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Peritia*, 3, 37-46.
- Nogueira, P., Costa, A. Rosa, M. & Silva, J. (2013). Estudo comparativo do número de óbitos e causas de morte da mortalidade infantil e suas componentes (2009-2012). Disponível via direcção de serviços de informação e análise – direcção geral da saúde em: file:///C:/Users/ASUS/Downloads/i019665.pdf.
- 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.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (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 e Doenças*, 5, 2, 229-239.
- Pina Cabral, I. (2005). Morte e luto na gravidez e puerpério. In I. Leal. *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.61- 89). Lisboa: Fim de século.
- Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 255-292). Coimbra: Quarteto.
- Santos, M., Bayle, F. & Conboy, J. (2008). Luto, sofrimento e tristeza pós-aborto. In F. Bayle & S. Martinet. *Perturbações da parentalidade* (pp. 139-164). Lisboa: Climepsi Editores.

Silveira, C. & Ferreira, M. (2011). Auto-conceito da grávida – factores associados. *Millenium*, 40, 53-67.

Tenazinha, E., Bayle, F. & Conboy, J. (2008). Fantasias parentais após um aborto. In F. Bayle & S. Martinet. *Perturbações da parentalidade* (pp. 121-138). Lisboa: Climepsi Editores.

Vaz Serra, A. (1986). O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7,2, 67-84.

Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: MinervaCoimbra.

Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Tratar as pessoas com depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.