



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

**Luto Materno e (In)Satisfação Conjugal na Perda  
Perinatal no Terceiro Trimestre de Gestação**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde.**

**Mariana Sofia Almeida Fernandes**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

OUTUBRO 2024



**CATÓLICA**  
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

## **Luto Materno e (In)Satisfação Conjugal na Perda Perinatal no Terceiro Trimestre de Gestação**

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e da Saúde**.

**Mariana Sofia Almeida Fernandes**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Diana Moreira**

## **Agradecimentos**

Este trabalho representa mais do que a conclusão de um ciclo. Este é a síntese de um caminho feito de encontros, de diálogos silenciosos e de olhares que se cruzaram na procura pela compreensão do ser humano na sua essência. Ao longo desta jornada, compreendi que o conhecimento não se resume a um simples acumular de informações, mas sim a algo que deve ser cultivado para revelar caminhos que antes estavam ocultos. Assim, esta dissertação é fruto do silêncio reflexivo e da escuta atenta, da resiliência e da coragem de seguir em frente, mesmo quando os caminhos se tornaram incertos. Carrego comigo a certeza de que, em cada estudo e interação, ampliamos a nossa capacidade de sentir e de acolher, reconhecendo o outro não apenas como objeto de investigação, mas como espelho que reflete as nossas próprias humanidades.

Àqueles que se cruzaram comigo neste caminho deixo o meu agradecimento. Cada palavra, cada gesto e cada momento de partilha trouxeram uma nova perspectiva, permitindo-me ver além das barreiras que, muitas vezes, impomos à nossa visão. Foi neste movimento contínuo entre dar e receber que compreendi que o verdadeiro saber é dinâmico, uma força que se transforma e que encontra o seu sentido nas interações pautadas pela empatia e pela interdependência. Agradeço àqueles que me ajudaram neste percurso, não por me darem respostas prontas, mas por estarem presentes, por confiarem no meu processo e por me mostrarem que o caminho se constrói com respeito, curiosidade e abertura. Esta jornada, mais do que um trabalho de final de curso, é um testemunho da força que reside na união e no compromisso com a verdade de cada ser humano.

“Perder um filho ainda bebê...

É acordar e perceber que não é um sonho, é mesmo um pesadelo.

É recomeçar mesmo sem saber qual caminho seguir.

É sentir-se inferior a outras mães por não ter conseguido manter vivo o milagre da existência.

É todo o dia tomar um remédio chamado tempo.

É alimentar-se de lágrimas.

É saber que isto acontece com muitas pessoas, mas não sentir alívio por não estar sozinha.

É chorar ao ver uma mãe com um bebê no colo.

É viver com a sensação de que falta um pedaço de nós.

É sentir solidão, porque já nos tínhamos acostumado com a certeza da companhia.

É descobrir sentimentos que não imaginávamos que existiam.

É procurar a causa da perda mesmo quando não há como encontrar.

É conviver com o sofrimento solitário, apesar do apoio da família e dos amigos.

É viver com metade do coração na terra e a outra no céu.

É ter que encarar de frente a sensação de incompetência, mesmo que não tenhamos culpa.

É conviver com palavras de conforto e palpites que tornam o nosso dia ainda mais sombrio.

É viver a deslegitimação da nossa dor, ‘porque era só um bebê’.

É ter nos olhos as marcas do mapa da nossa dor.

É ter o super poder de amar no invisível.

É sentir saudades de tudo o que nem chegamos a viver.

É ser eternamente mãe, porque maternidade é eterna assim como o amor pelo filho que não se pode ver, apenas sentir e tocar com o coração”.

(Helen Elias Rocha)

## Resumo

A perda perinatal é um evento stressante e potencialmente traumático para a maioria das mulheres, com implicações a nível individual e relacional. A literatura sustenta a importância de investigar os construtos perda perinatal, luto e (in)satisfação conjugal. É na procura da compreensão desta temática que se enquadra esta investigação cujo objetivo principal é estudar a relação entre estas três variáveis. Este estudo integrou 30 mães de nacionalidade portuguesa que vivenciaram, há mais de seis meses, pelo menos uma perda perinatal no terceiro trimestre de gestação. Estas responderam *online* a um Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Luto, à *Perinatal Bereavement Grief Scale*, ao *Inventory of Complicated Grief*, ao *Prolonged Grief Disorder*, à *Impact of Event Scale – Revised*, à Escala de Vinculação do Adulto e à Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal. Os resultados indicaram que as dificuldades traumáticas, psicose e depressão foram preditores positivos dos níveis de luto perinatal, enquanto as dificuldades de separação apresentaram um efeito inverso. O luto prolongado esteve positivamente associado ao impacto do evento (total) e às suas dimensões (ativação fisiológica, intrusão e evitamento). A psicose mostrou-se um preditor positivo de ansiedade e as dificuldades de separação predisseram negativamente a confiança nos outros. Em termos relacionais, o amor foi um preditor positivo de contacto com a proximidade e o funcionamento conjugal teve o mesmo efeito na confiança nos outros. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de luto perinatal, luto complicado (total) e luto prolongado entre mães solteiras e mães em relacionamentos estáveis. Observou-se também a persistência dos níveis destas três variáveis ao longo do tempo. Assim, estes resultados sublinham a complexidade da perda perinatal e reforçam a importância de um suporte psicológico contínuo.

*Palavras-chave:* perda perinatal, luto, (in)satisfação conjugal, mães, terceiro trimestre

### **Abstract**

The perinatal loss is a stressful and potentially traumatic event for most women, with individual and relational implications. The literature supports the importance of investigating the constructs perinatal loss, grief and marital (in)satisfaction. It is in the search for an understanding of this theme that this research is framed whose main objective is to study the relationship between these three variables. This study included 30 mothers of Portuguese nationality who experienced, more than six months ago, at least one perinatal loss in the third trimester of pregnancy. These responded online to a Sociodemographic, Clinical and Grief Questionnaire, the Perinatal Bereavement Grief Scale, the Inventory of Complicated Grief, the Prolonged Grief Disorder, the Impact of Event Scale – Revised, the Adult Attachment Scale of Evaluation of the Satisfaction in Areas of Married Life. The results indicated that traumatic difficulties, psychosis and depression were positive predictors of perinatal grief levels, while separation difficulties had the opposite effect. Prolonged grief was positively associated with the impact of the event (total) and its dimensions (physiological activation, intrusion and avoidance). Psychosis proved to be a positive predictor of anxiety and separation difficulties negatively predicted trust in others. In relational terms, love was a positive predictor of contact with proximity and marital functioning had the same effect on trust in others. No statistically significant differences were found in the levels of perinatal grief, complicated (total) grief and prolonged grief between single mothers and mothers in stable relationships. There was also persistence in the levels of these three variables over time. These results underline the complexity of perinatal loss and reinforce the importance of continuous psychological support.

*Keywords:* perinatal loss, grief, marital (in)satisfaction, mothers, third trimester

## Índice

Resumo .....	v
Abstract .....	vi
Introdução .....	10
Enquadramento Teórico .....	10
Método .....	21
Objetivos, Hipóteses e Questões de Investigação .....	21
Desenho do Estudo .....	22
Participantes .....	22
Instrumentos .....	25
Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Luto .....	25
<i>Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS)</i> .....	25
<i>Inventory of Complicated Grief (ICG)</i> .....	25
<i>Prolonged Grief Disorder (PG-13)</i> .....	26
<i>Impact of Event Scale – Revised (IES-R)</i> .....	27
Escala de Vinculação do Adulto (EVA) .....	28
Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVC) ..	29
Procedimentos de Recolha e Análise de Dados .....	30
Resultados .....	34
Análises Acessórias .....	34
Análise Fatorial Confirmatória .....	34
Análise Fatorial Exploratória .....	34
Análise de <i>Clusters</i> .....	42
Estatística Descritiva .....	43
Estatística Inferencial .....	44
Testes de Associação .....	44
Testes de Diferenças Inter-Sujeitos .....	46
Modelos de Regressão Linear .....	47
Discussão .....	49
Conclusão .....	55
Referências .....	58
Anexos .....	70

**Índice de Anexos**

Anexo A – Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Luto .....	71
Anexo B – <i>Perinatal Bereavement Grief Scale</i> (PBGS) .....	74
Anexo C – <i>Inventory of Complicated Grief</i> (ICG) .....	76
Anexo D – <i>Prolonged Grief Disorder</i> (PG-13) .....	78
Anexo E – <i>Impact of Event Scale – Revised</i> (IES-R) .....	80
Anexo F – Escala de Vinculação do Adulto (EVA) .....	82
Anexo G – Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVC) .....	84
Anexo H – Pedido de Autorização aos Autores dos Instrumentos .....	87
Anexo I – Consentimento Informado .....	90
Anexo J – Análise Fatorial Confirmatória do <i>Inventory of Complicated Grief</i> (ICG) .....	91
Anexo K – Análise Fatorial Confirmatória da <i>Impact of Event Scale – Revised</i> (IES-R).....	92
Anexo L – Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	93
Anexo M – Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVC) .....	94
Anexo N – Cronograma .....	95

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica, Clínica e de Luto da Amostra (N = 30).....	23
Tabela 2 – Cargas Fatoriais da PBGS para a Solução de Um Fator .....	34
Tabela 3 – Cargas Fatoriais do ICG para a Solução de Cinco Fatores .....	36
Tabela 4 – Cargas Fatoriais do PG-13 para a Solução de Um Fator .....	37
Tabela 5 – Cargas Fatoriais da IES-R para a Solução de Quatro Fatores.....	38
Tabela 6 – Cargas Fatoriais da EVA para a Solução de Três Fatores .....	40
Tabela 7 – Cargas Fatoriais da EASAVIC para a Solução de Dois Fatores .....	41
Tabela 8 – Médias das Dimensões da EVA para os Estilos de Vinculação .....	43
Tabela 9 – Resultados Descritivos para as Variáveis em Estudo .....	43
Tabela 10 – Valores de Assimetria e de Curtose das Variáveis .....	44
Tabela 11 – Resultados dos Coeficientes de Correlação de <i>Pearson</i> .....	45
Tabela 12 – Continuação dos Resultados dos Coeficientes de Correlação de <i>Pearson</i> .....	46
Tabela 13 – Predição de Luto Perinatal através de Medidas de Luto Complicado .....	47
Tabela 14 – Predição de Ansiedade através de Medidas de Luto Complicado .....	47
Tabela 15 – Predição de Confiança nos Outros através de Medidas de Luto Complicado .....	48
Tabela 16 – Predição de Contacto com a Proximidade através de Medidas de Satisfação Conjugal.....	48
Tabela 17 – Predição de Confiança nos Outros através de Medidas de Satisfação Conjugal .....	49

## **Introdução**

Ao longo da gravidez, a mulher envolve-se num processo de construção de representações acerca do seu filho através da sua idealização e da sua relação com ele (Lemos & Cunha, 2015). Desta forma, quando o diagnóstico de óbito perinatal é confirmado, todo o processo de construção representacional acerca do bebé é interrompido e impossível de se realizar (Lemos & Cunha, 2015). Esta perda inverte a ordem natural da vida, pois acredita-se que as crianças devem e irão sobreviver mais tempo que os pais (Iaconelli, 2007; Muza et al., 2013; Walsh & McGoldrick, 2013).

Neste sentido, a literatura tem alertado para a importância do estudo da perda perinatal, um evento ainda negligenciado e subestimado pela sociedade atual, mas que provoca um sofrimento significativo para as famílias envolvidas (Frøen et al., 2016; Heazell et al., 2016; Horton & Samarasekera, 2016). Vivenciar o luto por este tipo de perda é considerado um desafio importante para os pais, em particular para as mães, uma vez que a perda de um filho é uma das perdas mais difíceis de ser elaborada (Van, 2001). Para além disso, esta pode determinar futuras dificuldades, nomeadamente a existência de quadros psíquicos e emocionais, bem como interferências no relacionamento conjugal (Hutti et al., 2015).

Assim, a presente investigação tem como objetivo principal estudar a relação entre a perda perinatal, o processo de luto e os níveis de (in)satisfação conjugal. Em termos estruturais, encontra-se dividida em quatro partes. Na primeira parte, procede-se a um enquadramento teórico que compreende uma conceptualização da perda perinatal, do luto e da (in)satisfação conjugal, bem como a uma revisão de diversos estudos incidentes nestas três variáveis. Na segunda parte, é apresentado o método seguido neste estudo empírico, isto é, os objetivos, hipóteses e questões de investigação, o desenho do estudo, os participantes, os instrumentos utilizados, bem como os procedimentos para a recolha e análise de dados. Na terceira parte, apresentam-se os resultados decorrentes das análises fatoriais, da estatística descritiva e da estatística inferencial. Por fim, na quarta parte, é realizada a discussão dos resultados obtidos, cruzando com a literatura existente na área. Além disso, são apresentadas as conclusões do estudo, as suas limitações, bem como as suas implicações para a investigação e para a prática em Psicologia.

### **Enquadramento Teórico**

A gravidez pode ser caracterizada como um processo que corresponde a um período de aproximadamente 40 semanas e que medeia a concepção e o parto (Coutinho et al., 2014).

Esta requer da mulher um processo de ajustamento, no qual a mesma tem de se adaptar quer às modificações físicas (e.g., mudanças corporais, metabólicas e/ou hormonais), quer às modificações psicológicas (e.g., aceitação da realidade da gravidez, alteração da imagem corporal e desenvolvimento do vínculo afetivo; Araújo et al., 2012; Lemos & Cunha, 2015). Ainda dentro do útero, a relação que se estabelece entre mães e filhos pode ser considerada como um dos aspetos fundamentais do psiquismo humano, na medida em que, muitas vezes, é através da mãe que a criança pode aprender e apreender o mundo que a rodeia (Laguna et al., 2021).

Para a maioria das pessoas, a maternidade surge na vida da mulher como uma vocação e um instinto, isto é, existe uma predisposição natural por parte da mesma para amar incondicionalmente um filho (Badinter, 1985). No entanto, este tema é cada vez mais discutível na literatura, uma vez que muitos autores defendem que o instinto materno não passa de uma construção sociopolítica suscetível de modificação ao longo do tempo (Laguna et al., 2021). Até ao século XVIII, o percurso histórico da relação entre mães e filhos demonstra uma relação fria e indiferente (Badinter, 1985). Este desinteresse pela criança era considerado como um mecanismo de defesa por parte da mãe, originado pela antevisão da dor de perder o filho, fenómeno bastante comum neste século dado os elevados índices de mortalidade infantil (Dolto, 1981). Desta forma, era considerado que se a mãe se apegasse intensamente ao seu bebé, como se observa nos dias de hoje, provavelmente morreria de dor (Dolto, 1981). Foi somente a partir do século XIX que o sentimento materno passou a ser considerado como resultado de uma construção estabelecida no início da vida entre jovens raparigas e as suas mulheres de referência (Dolto, 1981).

A maternidade é vista como uma função natural da mulher (Lemos & Cunha, 2015). Atualmente, a sociedade considera que ser mãe é uma realização plena do feminino e que ter filhos permite assegurar e manter a integridade familiar (Aksoy & Cetişli, 2021; Koert et al., 2019; Lemos & Cunha, 2015). Para além disso, a conceção de maternidade encontra-se diretamente associada às terminologias nascimento, começo, vida e alegria (Muza et al., 2013). No entanto, existem situações que podem levar ao aparecimento de intercorrências neste ciclo o que, conseqüentemente, se opõe a toda esta imagem social da maternidade (Muza et al., 2013).

Sob este enquadramento, a literatura tem salientado que a complicação mais frequente ao longo da gravidez é a perda gestacional (Meaney et al., 2017). Esta, por sua vez, tem sido designada como perda perinatal, sendo esta última expressão a que é assumida ao longo deste

estudo (Iaconelli, 2007). De acordo com dados registados em 2019, Portugal apresenta uma taxa de mortalidade perinatal de 3.5%, sendo este um dos valores mais baixos nos últimos 10 anos (Miranda & Zangão, 2020). Apesar de ser comum e de ter um elevado impacto psicossocial e económico, este evento ainda suscita alguma resistência e hesitação em surgir na agenda global (Frøen et al., 2011).

A perda perinatal engloba um conjunto de situações que se podem verificar durante a gestação ou após o parto, nomeadamente o aborto espontâneo (antes da 20.<sup>a</sup> semana de gestação), o natimorto (após a 20.<sup>a</sup> semana de gestação), bem como a morte neonatal precoce (até ao sétimo dia após o parto) e neonatal tardia (entre o sétimo e o 27.<sup>o</sup> dia posteriores ao parto; Hutti et al., 2015; Laguna et al., 2021; WHO, 2006). Salienta-se, ainda, a possibilidade de ocorrerem perdas gestacionais recorrentes, sendo estas um evento ainda controverso na literatura, pois clínicos e sociedades científicas dividem-se quanto à sua caracterização (Serrano, 2022). Enquanto a *Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine* (2020) define a perda gestacional recorrente como a existência de pelo menos duas perdas clínicas consecutivas, o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2011) defende a necessidade de existirem pelo menos três perdas consecutivas. A investigação tem demonstrado que a perda gestacional recorrente afeta cerca de 3% das mulheres, quando definida como duas ou mais perdas (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2020). Quando caracterizada como pelo menos três perdas gestacionais afeta, aproximadamente, 1-2% das mulheres (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2011). O risco de perda gestacional recorrente é mais elevado em mulheres que já tenham vivenciado anteriormente uma perda (Aksoy & Cetişli, 2021).

Relativamente às perdas ocorridas antes do nascimento, estas podem apresentar diferentes causas, nomeadamente complicações obstétricas ou durante o parto, problemas de saúde da mãe ou, na maioria dos casos, uma causa que não chega a ser identificada (WHO, 2006). Mais especificamente, as mortes fetais podem estar associadas a três causas médicas: causa materna, causa fetal ou causa placentária (Serrano et al., 2018). A causa materna surge relacionada à diabetes não devidamente controlada, a complicações hipertensivas, à colestase intra-hepática perinatal, ao lúpus eritematoso sistémico, a infeções, ao traumatismo materno durante a gestação, entre outros (Serrano et al., 2018). A causa fetal está associada à restrição de crescimento fetal, a anomalias congénitas ou cromossómicas/genéticas, à gestação múltipla, entre outros (Serrano et al., 2018). Por fim, à causa placentária estão associados fatores como problemas e limitações da placenta, rutura prematura de membranas, acidentes

do cordão umbilical, hemorragia feto-materna, gravidez prolongada, entre outros (Serrano et al., 2018).

A ocorrência de perdas perinatais é, na maioria das vezes, imprevisível e inesperada, verificando-se habitualmente no contexto de uma gravidez sem intercorrências (Brownlee & Oikonen, 2004). Estas características contribuem para o aumento do choque sentido pelos pais perante a notícia da morte do seu filho o que, conseqüentemente, intensifica a dificuldade dos mesmos para aceitar este acontecimento (Callister, 2006). Para além disso, esta ocorrência súbita pode impossibilitar que os pais se preparem emocionalmente e que mobilizem os recursos e as estratégias de *coping* necessárias (Callister, 2006). Neste sentido, a perda perinatal pode ser considerada um evento stressante ou potencialmente traumático, podendo provocar reações intensas de psicossintomatologia que, quando acentuadas, podem necessitar de atenção clínica (Krosch & Shakespeare-Finch, 2017; Nazaré et al., 2010; Testoni et al., 2022). Entre as reações associadas à perda perinatal destaca-se o luto, uma variável que se deve ter em consideração quando se analisa o impacto de um evento desta natureza e do qual, geralmente, não se está à espera (Albuquerque et al., 2018; Muza et al., 2013).

A literatura defende que a vinculação ocupa uma posição central no desenvolvimento da criança e nos relacionamentos dos adultos (Bowlby, 1969/1982). Segundo este ponto de vista, o luto caracteriza-se como um processo psíquico originado pela perda de uma relação de vinculação (Prigerson et al., 1999). Mais especificamente, este corresponde a um conjunto de manifestações que decorrem da interrupção da relação que o indivíduo estabelecia com a pessoa ou o objeto ao qual atribuía um grande investimento afetivo (Gesteira et al., 2006; Jacob, 1993; Kain, 2013). Quanto maior for a vinculação estabelecida com a pessoa ou o objeto perdido, maior será o sofrimento ao longo do processo de luto (Bowlby, 1998). Desta forma, o luto é considerado um processo normal e esperado quando um vínculo é rompido, sendo que a sua função é possibilitar a reconstrução de recursos e permitir uma adaptação às alterações ocorridas após a perda (Gesteira et al., 2006).

Kübler-Ross (1996) foi a autora pioneira na sistematização do processo de perda e luto em cinco estágios, definindo-os como negação, revolta, negociação, depressão e aceitação. Subsequentemente, Bowlby (1998) defendeu a existência de quatro estágios ao longo do processo de luto e do qual o indivíduo tem de passar para que a perda de vinculação seja reconhecida e a recuperação aconteça. Na primeira fase, denominada por choque e negação, ocorre a falha no registo da perda da figura de vinculação. A fase do protesto é

marcada pela preocupação permanente com o ente significativo e a tentativa de conseguir o seu regresso. A terceira fase, designada por desespero e desorganização, consiste na confirmação de que o protesto para trazer novamente a figura de vinculação é ineficaz. Por fim, a fase da aceitação e reorganização é marcada pela aparente recuperação e pelo crescente interesse nas atividades quotidianas (e.g., sociais). Contudo, importa salientar que existem autores que defendem que o luto não é somente um processo de sucessivas fases, mas é também constituído por um conjunto de reações e sentimentos que oscilam de diversas formas em cada situação de perda (Simonetti, 2016). Estas reações são, geralmente, conceptualizadas em quatro categorias: as reações emocionais (e.g., tristeza, culpa, solidão, choque), fisiológicas (e.g., aperto no peito, nó na garganta, sensação de falta de ar), cognitivas (e.g., confusão, dificuldades de concentração) e comportamentais (e.g., choro, isolamento social, agitação; Callister, 2006).

Para que o processo de luto seja concluído de forma adaptativa existem quatro tarefas a ser realizadas pelo indivíduo. A primeira tarefa diz respeito à aceitação da realidade da perda, ultrapassando a predisposição inicial de negação da mesma como forma de mecanismo de defesa emocional. De seguida, importa reconhecer e lidar com a dor associada à perda, caso contrário a mesma irá evidenciar-se através de outros sintomas (e.g., sintomas somáticos). Subsequentemente, o indivíduo deve fazer ajustamentos a nível interno (i.e., relativos à sua identidade e aos diferentes papéis que assume) e externo (i.e., relacionados ao seu funcionamento no quotidiano). Por fim, é importante reenquadrar e integrar emocionalmente a pessoa ou objeto que não está mais presente (Worden, 2008). Desta forma, reações de luto consideradas normais são aquelas que, apesar de dolorosas, conduzem o indivíduo para a aceitação da perda e para a capacidade de dar continuidade à sua vida (Bonanno & Kaltman, 2001). Contudo, existem indivíduos que, após a perda de um ente significativo, não conseguem concluir o processo de luto de forma adaptativa e, conseqüentemente, desenvolvem sintomatologia debilitante e uma incapacidade funcional persistente (Boelen & Prigerson, 2007).

Os critérios de diagnóstico para uma perturbação de luto apresentam um longo percurso histórico e diversas definições (Killikelly & Maercker, 2017; Prigerson et al., 2009; Shear, 2015; Wagner & Maercker, 2010). Quer o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV [APA, 1996]), quer a Classificação Internacional das Doenças (CID-10 [OMS, 2000]) compreendem o luto como um stressor normativo e, apesar de realizarem a diferenciação entre o luto normal e a Perturbação Depressiva Major, não

reconhecem que as manifestações de luto se possam tornar patológicas. Contudo, tornou-se consensual para os autores que, entre os extremos de uma reação de luto normal e adaptativa e as síndromes psiquiátricas, existe uma população intermediária que apresenta uma Perturbação de Luto Complicado (Delalibera et al., 2011). Desde então tentou-se estabelecer o luto complicado como uma nova perturbação presente no DSM-5 (APA, 2014; Lichtenthal et al., 2004; Prigerson & Maciejewski, 2006). No entanto, os critérios para o luto complicado foram revistos, dando lugar à Perturbação de Luto Prolongado (Boelen & Prigerson, 2007). Esta incide sob cinco critérios relativos à perda de um ente significativo, ao sentimento de ansiedade de separação (e.g., saudade, tristeza), à sintomatologia cognitiva, emocional e comportamental (e.g., dificuldade em aceitar a perda), à duração de pelo menos seis meses de luto e, por fim, ao comprometimento social, ocupacional ou em outras áreas importantes de funcionamento (Prigerson et al., 2009). Neste sentido, o conceito de luto complicado ou de luto prolongado ganhou reconhecimento como uma perturbação psicológica distinta e que, consequentemente, se afasta das reações normais de luto (Prigerson et al., 1995; Prigerson et al., 1997; Prigerson et al., 1999).

O DSM-5 (APA, 2014) optou por criar um diagnóstico para o luto complicado ou luto prolongado, realçando a necessidade de estudos posteriores para que se pudessem eleger os critérios que indicariam a presença de um luto patológico (Michel & Freitas, 2019). Desta forma, numa secção designada por “Condições para Estudo Futuro” surge a proposta diagnóstica de Perturbação de Luto Complicado Persistente (APA, 2014; Michel & Freitas, 2019). Mas é com a chegada do DSM-5-TR (APA, 2023) que a perturbação de luto passa a ser reconhecida formalmente, sendo designada por Perturbação de Luto Prolongado. Este diagnóstico deve ser atribuído a indivíduos que vivenciaram a morte, há pelo menos 12 meses, de alguém com quem tinham uma relação de proximidade (no caso de crianças e adolescentes, há pelo menos seis meses; APA, 2023). Para além disso, os sintomas de luto devem ocorrer quase todos os dias pelo menos no último mês e devem estar associados a um mal-estar clinicamente significativo, bem como a um comprometimento funcional (APA, 2023). Estes sintomas incluem a saudade persistente da pessoa falecida, a preocupação com pensamentos ou memórias dessa pessoa, a perturbação da identidade (e.g., sensação de que parte de si morreu), o sentimento marcado de incredulidade, o evitamento de lembranças de que a pessoa morreu, a dor emocional intensa (e.g., raiva, tristeza), a dificuldade em reintegrar-se nas relações e nas atividades (e.g., problemas no envolvimento com os amigos), o entorpecimento emocional, a sensação de que a vida é insignificante e a solidão intensa

(APA, 2023). A gravidade e a duração da reação de luto devem exceder as normas culturais, sociais ou religiosas esperadas no contexto e na cultura do indivíduo enlutado (APA, 2023). Desta forma, a Perturbação de Luto Complicado e a Perturbação de Luto Prolongado podem ser utilizadas de forma intercambiável (Kalakovic et al., 2023). Importa salientar que os fatores de risco que surgem associados a uma perturbação de luto incluem, por exemplo, a perda do cônjuge ou de um filho (APA, 2023; Kersting et al., 2011).

É possível verificar que a literatura não é consensual quanto aos limites temporais do que constitui um luto normal, complicado ou patológico (Bonanno & Kaltman, 2001). Para além disso, esta distinção tem vindo a ser questionada pelos autores, uma vez que se torna difícil estabelecer um parâmetro universal e considerado unânime daquilo que é uma resposta normal ou patológica (Carvalho & Meyer, 2007). O processo de luto é diferente de indivíduo para indivíduo, desenvolvendo-se com base nas características da personalidade de cada um, na sua história de vida e de perdas prévias, assim como na sua rede de apoio e nos mecanismos psíquicos que possui para enfrentar os acontecimentos (Bonanno & Kaltman, 2001; Lemos & Cunha, 2015). Uma vez que se torna difícil antever como será o processo de luto de cada pessoa, é importante evitar dicotomizar as reações de luto como normais ou patológicas, devendo-se privilegiar uma perspetiva que conceptualize estas manifestações num *continuum* (Nazaré et al., 2010).

A perda perinatal foi reconhecida como um acontecimento que gera um processo de luto, desde o final dos anos sessenta e início dos anos setenta (Hutti et al., 1998). Contudo, os estudos acerca desta temática apenas começaram a surgir em meados dos anos oitenta (Hutti et al., 1998). Sabe-se que a elaboração do luto por uma perda desta natureza pode tornar-se complexa, visto que não se trata de um luto por alguém consciente e objetivamente conhecido, mas sim por um bebé imaginário do qual já se tinha vindo a criar vínculos mesmo antes do seu nascimento (Hunfeld et al., 1997; Lee & Slade, 1996). Além disso, não inclui apenas a perda do filho, mas também a perda de sonhos, expectativas e esperanças futuras (Callister, 2006).

A literatura salienta que, de uma forma geral, a mãe tende a vivenciar um período de luto mais intenso e com um número mais elevado de manifestações (Nazaré et al., 2010). Estas situações podem estar relacionadas com o facto de a mesma estar mais ligada ao bebé e por ter a sobrecarga adicional de experienciar fisicamente a perda (e.g., perda da extensão da barriga; Lemos & Cunha, 2015; Nazaré et al., 2010). Uma vez que é a mãe que carrega o filho dentro de si, esta pode acabar por manifestar um maior sentimento de culpa

relativamente à perda, principalmente quando não é possível identificar a causa médica que levou a este desfecho (Nazaré et al., 2010). Além disso, para algumas mulheres, a interpretação do papel feminino passa a ser de desprezo, inadequação, fracasso e inferioridade (Bartilotti, 2007). Mais especificamente, esta perda acaba por ser um golpe para a sua autoestima, para a sua capacidade como mãe e para a sua feminilidade (Bartilotti, 2007). Esta desvalorização da sua autoimagem deve-se ao sentimento que o seu corpo não é capaz de funcionar de forma adequada ao longo da gestação ou à crença de que não consegue desempenhar o papel biológico e conjugal que todas as mulheres possuem (Stirtzinger et al., 1999).

Nas últimas décadas, o conhecimento acerca das consequências que a perda perinatal pode ter na vida dos pais foi aumentando (Dyregrov et al., 2020). Sabe-se que o luto associado a esta perda pode envolver várias consequências a nível físico, psicológico, existencial e social, em particular nas mães (Dyregrov & Dyregrov, 2017; Espinosa & Evans, 2013; Li et al., 2003; Morris et al., 2019; Tetrushvili et al., 2023). Diversos estudos dedicaram-se a analisar a saúde psíquica de mulheres vítimas de perdas perinatais e verificaram que as consequências associadas a este fenómeno são comuns, significativas e surgem bem documentadas (Bennett et al., 2005; Carvalho & Meyer, 2007; Lang et al., 2004). Salienta-se, por exemplo, o risco elevado de depressão, ansiedade, *stress* pós-traumático e suicídio (Quenby et al., 2021). As consequências poderão ter também influência na gravidez subsequente e no relacionamento que venha a ser estabelecido com esse bebé (Badenhorst & Hughes, 2007; Hutti, 2005). Para além disso, poucos são os acontecimentos na vida de um casal que desafiam mais o seu relacionamento do que a perda de um filho (Buchanan, 2023). Desta forma, entre as consequências associadas à perda perinatal destaca-se também a (in)satisfação conjugal (Buchanan, 2023; Hutti et al., 2015).

A satisfação conjugal consiste na avaliação pessoal e subjetiva que cada indivíduo faz do seu relacionamento conjugal, quer em relação ao amor, quer em termos de funcionamento conjugal (Thompson, 1998). Trata-se de um construto complexo no qual interferem vários fatores, tais como os processos cognitivos (e.g., expectativas), comportamentais (e.g., comunicação e conflitos) e afetivos (e.g., compromisso e intimidade; Halford et al., 2003). Além destes fatores, salientam-se também as características idiossincráticas dos companheiros (e.g., traços de personalidade), as variáveis demográficas (e.g., sexo) e contextuais (e.g., relação com a família de origem), bem como as transições normativas e não normativas durante o ciclo de vida da família (Wagner & Falcke, 2001).

Quando um casal vivencia uma perda perinatal pode ser necessário que o mesmo redefina o seu relacionamento para avaliar os aspetos que estão ou não a funcionar ao longo do processo de luto (Buchanan, 2023). Mais especificamente, como cônjuges ou coabitantes, é necessário que os pais abordem o impacto que a morte do filho tem neles próprios, mas também que conversem acerca das alterações na sua relação enquanto casal (Rosenblatt, 2016). Frequentemente, os pais são privados dos seus recursos individuais e, conseqüentemente, podem ficar numa situação de angústia que não lhes permite lidar com o luto intenso do seu companheiro (Meij et al., 2007; Meij et al., 2008; Rosenblatt, 2016). Para além disso, muitas vezes, eles têm expectativas distintas acerca de como cada um reagirá e deve reagir à perda, como eles e os outros à sua volta se devem comportar e qual deve ser o tempo adequado para o processo de luto (Hutti et al., 2015; Lang et al., 2011).

A literatura destaca duas teorias importantes que permitem compreender os efeitos que a perda de um filho tem no casal: a Teoria da Vinculação (Bowlby, 1969/1982) e o Modelo do Trauma (Berman & Sperling, 1995). A Teoria da Vinculação defende que os indivíduos nascem com um sistema psicobiológico inato que os motiva a procurar proximidade com pessoas significativas, com o objetivo de se protegerem de ameaças e aliviar o sofrimento (Bowlby, 1969/1982). Tendo em conta o seu foco na natureza das relações do ser humano e no ajustamento em situações de separação, a Teoria da Vinculação permite caracterizar e compreender as diferentes reações dos indivíduos após a perda (Bowlby, 1969/1982; Meij et al., 2007). Mais especificamente, esta destaca os estilos de vinculação (i.e., seguro, evitante e ansioso-ambivalente) que são formados através da relação pais-filhos e que conduzem as respostas a acontecimentos emocionalmente angustiantes (Bowlby, 1969/1982). Em estudos posteriores, procurou-se traduzir estes estilos de vinculação no âmbito dos relacionamentos amorosos, tendo-se encontrado semelhanças com os padrões de vinculação estabelecidos durante a infância (Hazan & Shaver, 1987). No caso da perda de um filho, não é somente o vínculo entre os pais e a criança que é rompido, mas existe a probabilidade de o vínculo conjugal também ser quebrado ou pelo menos se encontrar sob grande pressão (Buchanan, 2023; Meij et al., 2007). Neste sentido, os estilos de vinculação do adulto determinam como os indivíduos lidam com a perda de um filho e a forma como interagem conjugalmente durante o processo de luto. Os indivíduos com um estilo de vinculação seguro, geralmente, ajustam-se mais facilmente à perda do que aqueles com uma vinculação insegura, ou seja, reagem emocionalmente à perda, mas não se sentem oprimidos pela dor (Stroebe et al., 2005). Desta forma, um estilo de vinculação inseguro

estaria associado a um processo de luto mais intenso (Meij et al., 2007; Scheidt et al., 2012; Stroebe et al., 2005; Waskowic & Chartier, 2003), bem como a maiores níveis de insatisfação conjugal (Meij et al., 2007). Nesta linha destaca-se a vinculação evitante que reflete em que medida uma pessoa desconfia da boa vontade do companheiro e se esforça para manter a autonomia e a distância emocional do mesmo (Mikulincer et al., 2004). Estas pessoas tendem a não se emocionar com a perda e a inibir o luto (Stroebe et al., 2005). Adicionalmente, destaca-se a vinculação ansiosa-ambivalente que reflete o nível de preocupação que a pessoa possui relativamente à possível falta de disponibilidade do companheiro em situações de necessidade (Mikulincer et al., 2004). Estes indivíduos tendem a ser muito preocupados e emocionais após a perda (Meij et al., 2007; Stroebe et al., 2005).

Apesar de a morte de uma criança nem sempre ser um acontecimento traumático, os pais geralmente farão questões acerca do que significa ter experienciado tal perda ou mesmo como entendê-la (Buchanan, 2023). Segundo o Modelo do Trauma, a flexibilidade emocional pode ajudar o casal a dar sentido a este evento e, por isso, esta flexibilidade surge positivamente associada ao crescimento pós-traumático (Cohen & Katz, 2015; Cohen et al., 2002). O trauma interpessoal pode ter um impacto negativo na confiança e na segurança que um indivíduo tem nos outros ao seu redor (Berman & Sperling, 1995). Neste sentido, um companheiro pode sentir-se inseguro acerca das reações de luto do outro o que, conseqüentemente, poderá levá-lo a agir com dor e a deixar de ser uma fonte de conforto para o outro (Berman & Sperling, 1995). Um trauma, como é o caso da morte de um filho, pode interromper a vinculação entre o casal, na medida em que pode ativar a necessidade de um companheiro de apoio (Lang & Gottlieb, 1993).

Tendo em consideração o impacto que a morte de um filho pode ter na vida dos pais é compreensível que vários estudos tenham vindo a analisar o processo de luto e os níveis de in(satisfação) conjugal após uma perda perinatal, em particular nas mães (e.g., Adebayo et al., 2019; Maia et al., 2022). Contudo, a investigação tem reportado resultados inconsistentes face a esta temática (Hutti et al., 2015; Mekosh-Rosenbaum & Lasker, 1995). Por exemplo, diversos estudos sugerem que as diferenças associadas à forma como cada membro do casal experiencia a perda pode levar a conflitos e à desestabilização do relacionamento conjugal (Adebayo et al., 2019; Albuquerque et al., 2018). Tal pode ser sustentado pelo facto de as mães apresentarem uma necessidade acrescida de falar acerca da perda, comparativamente aos pais que tendem a internalizar a sua dor por sentirem a necessidade de ser fortes (Lang & Gottlieb, 1993). Desta forma, quando estas não conseguem falar com os companheiros acerca

dos seus sentimentos e pensamentos tendem a vivenciar um luto mais intenso (Dyregrov & Dyregrov, 2017). Esta distância emocional entre ambos pode também contribuir para a diminuição da satisfação conjugal ao longo do tempo e, conseqüentemente, para a possível ruptura da relação (Aksoy & Cetişli, 2021). Os relacionamentos inseguros e que possuem dificuldades antes da perda tendem a ser os que apresentam um maior risco de dissolução, uma vez que um evento desta natureza pode agravar o seu funcionamento (Dyregrov & Dyregrov, 2017).

Contrariamente, existem estudos que defendem que a perda perinatal pode contribuir para a união dos pais e para o fortalecimento da relação conjugal (Albuquerque et al., 2017; Das et al., 2021). A percepção de semelhanças por parte do casal durante a vivência do luto é considerada um preditor significativo da satisfação conjugal (Buyukcan-Tetik et al., 2017). Para além disso, um relacionamento conjugal forte evidenciou um efeito protetor nas mães que se encontram de luto estando, por isso, relacionado a reações de luto menos intensas por parte das mesmas (Oliveira et al., 2022).

Em suma, a perda perinatal é ainda um evento tabu e não reconhecido socialmente (Adebayo et al., 2019; Das et al., 2021; Muza et al., 2013). Esta é considerada como menos significativa quando comparada à morte de uma criança mais velha ou de um adulto (Nazaré et al., 2010). Neste sentido, muitas vezes, as reações das pessoas à notícia são interpretadas e sentidas pelos pais como desconcertantes (Muza et al., 2013). Esta desvalorização por parte da sociedade leva a que a mesma nem sempre proporcione o apoio adequado aos pais o que, por sua vez, pode ter repercussões no processo de luto dos mesmos (Carvalho & Meyer, 2007; Muza et al., 2013). No âmbito da Psicologia, este tema tem sido abordado na literatura científica essencialmente para compreender as vivências subjetivas das mulheres que vivenciaram uma perda perinatal (Carvalho & Meyer, 2007). A investigação tem permitido comprovar a relação entre a perda perinatal, o luto e a (in)satisfação conjugal (Adebayo et al., 2019; Maia et al., 2022). No entanto, esta ainda carece de estudos que se debrucem sobre estas variáveis e sobre a relação entre as mesmas e, por isso, importa continuar a aprofundar conhecimentos nesta temática, em especial nas mães (Buchanan, 2023; Joronen et al., 2016; Koch et al., 2012; Lemos & Cunha, 2015; Muza et al., 2013). Acresce que ainda pouco se sabe acerca das perdas perinatais no terceiro trimestre de gestação (Silver, 2007) e das diferenças nos níveis de luto tendo em conta a caracterização sociodemográfica e de luto, como o estado civil e o tempo em foi experienciado a perda (Joronen et al., 2016). Assim, a investigação nesta área deve ter como base a análise e a compreensão dos processos de perda

e de luto, conceitos fundamentais para auxiliar nas práticas de assistência à saúde física e emocional da mulher e da sua família (Lemos & Cunha, 2015). Para além disso, compreender os aspetos a ser enfrentados na perda perinatal permitirá prestar um melhor acompanhamento e, conseqüentemente, prevenir o desenvolvimento de futuras dificuldades emocionais e no relacionamento conjugal (Carvalho & Meyer, 2007; Hutti et al., 2015).

### **Método**

#### **Objetivos, Hipóteses e Questões de Investigação**

A presente investigação tem como objetivo principal estudar a relação entre a perda perinatal (variável independente), o processo de luto e os níveis de (in)satisfação conjugal (variáveis dependentes), em mães que vivenciaram pelo menos uma perda perinatal no terceiro trimestre de gestação. Adicionalmente, o estudo tem os seguintes objetivos específicos: (O1) Explorar se os níveis de luto complicado têm influência nos níveis de luto perinatal; (O2) Analisar o impacto da perda perinatal nos níveis de luto prolongado; (O3) Avaliar se os níveis de luto complicado têm influência no grau de vinculação do adulto; (O4) Analisar se os níveis de satisfação conjugal têm influência no grau de vinculação do adulto; (O5) Verificar o impacto da satisfação conjugal nos níveis de luto perinatal; (O6) Explorar diferenças nos níveis de luto perinatal, de luto complicado e de luto prolongado entre mães solteiras e mães em relacionamentos estáveis; (O7) Explorar diferenças nos níveis de luto perinatal, de luto complicado e de luto prolongado em função do tempo em que a perda foi experienciada.

A partir dos objetivos formulados e, atendendo à literatura, conceberam-se as seguintes hipóteses: (H1) Espera-se que maiores dificuldades traumáticas (H1.1), maiores dificuldades de separação (H1.2), maior psicose (H1.3) e maior depressão (H1.4) sejam preditores de maiores níveis luto perinatal (Kersting et al., 2011); (H2) Espera-se que maiores níveis de luto prolongado estejam relacionados com maiores níveis de impacto do evento (total; H2.1), maior ativação fisiológica (H2.2), maior intrusão (H2.3) e maior evitamento (H2.4; Testoni et al., 2022); (H3) Espera-se que maiores dificuldades traumáticas (H3.1), maiores dificuldades de separação (H3.2), maior psicose (H3.3) e maior depressão (H3.4) sejam preditores de maiores níveis de ansiedade (Meij et al., 2007; Scheidt et al., 2012; Stroebe et al., 2005), enquanto menores dificuldades traumáticas (H3.5), menores dificuldades de separação (H3.6), menor psicose (H3.7) e menor depressão (H3.8) sejam preditores de maior confiança nos outros (Stroebe et al., 2005); (H4) Espera-se que maiores níveis de amor sejam preditores de um maior contacto com a proximidade (H4.1) e de uma

maior confiança nos outros (H4.2), assim como maiores níveis de funcionamento conjugal sejam preditores de um maior contacto com a proximidade (H4.3) e de uma maior confiança nos outros (H4.4; Meij et al., 2007); (H5) Espera-se que maiores níveis de satisfação conjugal (total) estejam relacionados com menores níveis de luto perinatal (Oliveira et al., 2022).

Adicionalmente e, tendo em conta a revisão da literatura, foram definidas as seguintes questões de investigação: (Q1) Será que os níveis de luto perinatal diferem entre mães solteiras e mães em relacionamentos estáveis? (Q2) Será que os níveis de luto complicado (total) diferem entre mães solteiras e mães em relacionamentos estáveis? (Q3) Será que os níveis de luto prolongado diferem entre mães solteiras e mães em relacionamentos estáveis? (Q4) Será que os níveis de luto perinatal diferem em função do tempo em que a perda foi experienciada? (Q5) Será que os níveis de luto complicado (total) diferem em função do tempo em que a perda foi experienciada? (Q6) Será que os níveis de luto prolongado diferem em função do tempo em que a perda foi experienciada?

### **Desenho do Estudo**

Este estudo seguiu uma metodologia quantitativa caracterizada pela medição de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos, centrados em relações entre variáveis e teste de hipóteses, com o auxílio de técnicas estatísticas (Dalfovo et al., 2008; Fortin et al., 2009). Para além disso, apresentou um desenho de investigação não experimental, uma vez que se trata de um estudo transversal e descritivo-correlacional (Fortin et al., 2009). Por um lado, é um estudo transversal, uma vez que mede um evento num dado período (Fortin et al., 2009). Por outro lado, é um estudo descritivo-correlacional, visto que a análise dos dados incidu sob a descrição e a exploração de relações entre variáveis (Fortin et al., 2009).

### **Participantes**

Esta investigação seguiu um método de amostragem não probabilístico por redes ou em bola de neve. Uma amostragem por redes ou em bola de neve é um processo que tem como base o apoio nas redes de contacto de participantes recrutados previamente, isto é, um indivíduo de interesse recomenda, posteriormente, outros indivíduos para o estudo (Fortin et al., 2009; Marôco, 2021). Quanto aos critérios de inclusão na amostra estabeleceu-se que as participantes seriam mães de nacionalidade portuguesa e que tivessem vivenciado, há mais de seis meses, pelo menos uma perda perinatal no terceiro trimestre de gravidez. Por sua vez, como critérios de exclusão estabeleceu-se que as participantes tinham de ser maiores de idade, pelo que se excluíram participantes menores de idade.

O cálculo do tamanho amostral foi realizado a partir de análises de poder estatístico conduzidas no G\*Power, versão 3.1.9.7 (Faul et al., 2009; Faul et al., 2007). Neste sentido, esperava-se uma amostra total constituída por 161 participantes. Contudo, devido à especificidade do tempo da perda perinatal, apenas foi possível atingir uma amostra de 30 mães. As participantes foram caracterizadas de acordo com informação sociodemográfica, clínica e de luto (Tabela 1). Destaca-se que a amostra é constituída por mães com idades compreendidas entre os 25 e os 52 anos ( $M = 36.13$ ,  $DP = 6.17$ ) que vivenciaram uma perda perinatal entre a 27.<sup>a</sup> e a 42.<sup>a</sup> semana de gestação ( $M = 33.87$ ,  $DP = 4.66$ ). As participantes revelam, ainda, que os(as) seus(suas) cônjuges possuem idades compreendidas entre os 26 e os 55 anos ( $M = 38.33$ ,  $DP = 6.88$ ), apresentando entre 1 e 34 anos de namoro e de união conjugal ( $M = 14.30$ ,  $DP = 8.60$ ).

**Tabela 1**

*Caracterização Sociodemográfica, Clínica e de Luto da Amostra (N = 30)*

Variável	Características	n	%	
Naturalidade	Norte	14	46.7	
	Centro	9	30	
	Sul	6	20	
	Ilhas	1	3.3	
Habilitações Literárias	3.º Ciclo do Ensino Básico	5	16.7	
	Ensino Secundário	9	30	
	Curso Técnico Superior Profissional	1	3.3	
	Licenciatura	9	30	
	Mestrado	5	16.7	
	Doutoramento	1	3.3	
Profissão	Profissões Intelectuais e Científicas	6	20	
	Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	7	23.3	
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	4	13.3	
	Pessoal Administrativo e Similares	5	16.7	
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	3	10	
	Doméstica	1	3.3	
	Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa	3	10	
	Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas	1	3.3	
	Estado Civil	Solteira	2	6.7
		Casada	20	66.7
		Em União de Facto	8	26.7
Sexo do(a) Cônjuge	Masculino	27	90	
	Feminino	3	10	
Gravidez Desejada	Sim	29	96.7	

	Não	1	3.3
Gravidez Planeada	Sim	22	73.3
	Não	8	26.7
Preferência pelo Sexo do Bebê	Masculino	0	0
	Feminino	7	23.3
	Sem Preferência	23	76.7
Presença de Fatores de Risco Antes ou Após a Gravidez	Diabetes Gestacional	2	6.7
	Restrição de Crescimento Intrauterino	2	6.7
	Pré-Eclâmpsia	2	6.7
	Gravidez Monocoriônica-Monoamniótica	1	3.3
	Trombofilia	2	6.7
	Hiper-Homocisteinemia	1	3.3
	Oligodrômio	1	3.3
	Sem Fatores de Risco	19	63.3
Presença de Acontecimentos Traumáticos Recentes	Perda Gestacional Prévia	5	16.7
	Perda da Mãe	1	3.3
	Perda do Pai	1	3.3
	Sem Acontecimentos Traumáticos	23	76.7
Última Percepção dos Movimentos Fetais	No próprio dia	9	30
	No dia anterior	5	16.7
	Na mesma semana	3	10
	Na semana anterior	2	6.7
	Duas semanas antes	1	3.3
	Três semanas antes	2	6.7
	Sem Percepção	8	26.7
Ida Imediata ao Hospital	Sim	21	70
	Não	9	30
Outras Gestações Dentro da Normalidade	Sim	14	46.7
	Não	16	53.3
Outras Gestações Fora da Normalidade	Sim	7	23.3
	Não	23	76.7
Tempo da Ocorrência da Perda Perinatal	Há mais de 6 meses	10	33.3
	Há mais de 1 ano	8	26.7
	Há mais de 2 anos	3	10
	Há mais de 6 anos	4	13.3
	Há mais de 12 anos	5	16.7
Causa da Perda Perinatal	Causa Materna	4	13.3
	Causa Fetal	6	20
	Causa Placentária	10	33.3
	Outra Causa	10	33.3
Procura de Apoio Psicológico	Sim	27	90
	Não	3	10

## **Instrumentos**

### ***Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Luto***

O Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Luto (Anexo A), elaborado pelo grupo de investigação, é composto por questões de resposta fechada relativas à idade das participantes, naturalidade, estado civil, habilitações literárias, profissão, sexo e idade do(a) cônjuge, história conjugal, bem como à história clínica e de luto (e.g., “Qual a causa que resultou na perda gestacional?”).

### ***Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS)***

A PBGS (Anexo B) foi originalmente desenvolvida por Ritsher e Neugebauer (2002), tendo sido alvo de tradução, adaptação e validação para a população portuguesa por Koch et al. (2012), em mulheres que estivessem a vivenciar uma experiência de perda involuntária da gravidez. A PBGS é uma medida que avalia o luto, o desejo ou a saudade pela gravidez e pelo bebé perdido. Esta apresenta-se sob a forma de afirmações e pretende-se que as participantes respondam tendo em conta a frequência, e não a intensidade, em que estas ocorreram na última semana. Neste sentido, é composta por 15 itens relacionados com a perda da gravidez (do item 1 ao 7 – e.g., “Deu por si a caminhar como uma mulher grávida”), a resposta física à perda (item 8 – e.g., “Sentiu-se fisicamente mal sempre que pensou no abortamento”) e a perda do bebé (do item 9 ao 15 – e.g., “Quis ter o bebé nos seus braços”). A PBGS utiliza uma escala de resposta do tipo *Likert* de quatro pontos, onde o 1 corresponde a “Raramente ou nunca” (menos de 1/dia) e o 4 a “Sempre ou quase sempre” (5 a 7 dias). A pontuação da escala total obtém-se através de uma soma aritmética das pontuações individuais dos itens. Desta forma, a pontuação da PBGS varia de 15 a 60 pontos, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a uma manifestação mais intensa de luto, isto é, um luto menos resolvido por parte da mulher. Quanto às propriedades psicométricas, evidências da análise fatorial exploratória comprovaram a existência de uma estrutura unidimensional para a PBGS. O estudo de Koch et al. (2012) apresentou um valor de alfa de Cronbach de .81, o que revela bons indicadores de consistência interna. Para além disso, encontrou-se um valor de teste-reteste de .98, o que indica uma boa estabilidade temporal. Nesta amostra, encontrou-se um valor de alfa de Cronbach de .82, o que também se traduz em bons indicadores de consistência interna.

### ***Inventory of Complicated Grief (ICG)***

O ICG (Anexo C) foi originalmente desenvolvido por Prigerson et al. (1995), tendo sido adaptado e validado para a população portuguesa por Frade (2010) numa amostra de

estudantes universitários que tinham experienciado uma situação de luto. Este instrumento avalia os sintomas associados ao luto complicado e é constituído por 19 itens. Estes itens surgem divididos ao longo de cinco dimensões: Dificuldades Traumáticas (itens 2, 9, 10, 11 e 12 – e.g., “As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...”), Dificuldades de Separação (itens 1, 4, 5, 13 e 19 – e.g., “Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...”), Dimensão Negação e Revolta (itens 3, 6, 7 e 8 – e.g., “Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...”), Dimensão Psicótica (itens 14 e 15 – e.g., “Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...”) e Dimensão Depressiva (itens 16, 17 e 18 – e.g., “Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...”). O ICG utiliza uma escala de resposta do tipo *Likert* de cinco pontos, onde o 0 corresponde a “Nunca” e o 4 a “Sempre”. A pontuação da escala total varia de 0 a 76 pontos, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de luto complicado. Quanto às propriedades psicométricas, a análise fatorial confirmatória e exploratória comprovaram a existência de uma estrutura multidimensional para o ICG constituída por cinco dimensões. Existiram também resultados de validade convergente, que sugerem que o ICG se correlaciona de forma positiva com o *Beck Depression Inventory* e a *Impact of Event Scale – Revised*. Para além disso, a análise da sensibilidade dos itens revelou que os mesmos possuem um bom poder discriminativo, uma vez que todas as categorias de resposta foram seleccionadas. Foram também encontrados indicadores bons e muito bons de consistência interna, quer para a escala total ( $\alpha = .91$ ), quer para as dimensões Dificuldades Traumáticas ( $\alpha = .93$ ), Dificuldades de Separação ( $\alpha = .94$ ), Dimensão Negação e Revolta ( $\alpha = .92$ ), Dimensão Psicótica ( $\alpha = .82$ ) e Dimensão Depressiva ( $\alpha = .92$ ). Nesta amostra, encontraram-se indicadores bons e muito bons de consistência interna, quer para a escala total ( $\alpha = .90$ ), quer para as respetivas dimensões (i.e., Dificuldades Traumáticas = .83; Dificuldades de Separação = .85; Dimensão Psicótica = .80; Dimensão Depressiva = .91).

### ***Prolonged Grief Disorder (PG-13)***

O PG-13 (Anexo D) foi originalmente desenvolvido por Prigerson et al. (2008), tendo sido adaptado e validado para a população portuguesa por Delalibera et al. (2011) numa amostra de familiares de doentes falecidos. Este instrumento é composto por 13 itens que descrevem um conjunto de sintomas associados ao luto prolongado, que devem permanecer por um período mínimo de seis meses e que estão relacionados com um comprometimento funcional significativo. A primeira parte do questionário é composta por dois itens que avaliam a frequência do sentimento de ansiedade de separação (e.g., “No último mês, quantas

vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?”). Estes são respondidos numa escala de resposta do tipo *Likert* de cinco pontos, onde o 1 corresponde a “Quase nunca” e o 5 a “Várias vezes por dia”. O terceiro item avalia a duração do sentimento de ansiedade de separação, sendo respondido através de uma escala dicotómica de resposta “Não” ou “Sim” (e.g., “Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?”). A segunda parte é constituída por nove itens que avaliam a sintomatologia cognitiva, emocional e comportamental (e.g., “Tem tido dificuldade em aceitar a perda?”). Estes são respondidos numa escala de resposta do tipo *Likert* de cinco pontos, onde o 1 corresponde a “Não, de todo” e o 5 a “Extremamente”. A última parte é composta por um item relativo à incapacidade funcional a nível social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento [e.g., “Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?”]. Neste, por sua vez, é utilizada uma escala dicotómica de resposta “Não” ou “Sim”. Para se considerar a Perturbação de Luto Prolongado, o sentimento de ansiedade de separação deve ter uma intensidade diária ou de várias vezes ao dia e deve estar presente pelo menos seis meses após a perda. Para além disso, os sintomas cognitivos, emocionais e comportamentais devem ser relatados, quer com intensidade diária ou várias vezes ao dia, quer como bastante ou extremamente, em pelo menos cinco das nove questões que constituem a segunda parte. Por fim, deve-se verificar uma disfunção social e ocupacional significativa. Quanto às propriedades psicométricas, a análise fatorial exploratória comprovou a existência de uma estrutura unidimensional para o PG-13. Também foi encontrado um valor de alfa de Cronbach de .93, o que evidencia indicadores muito bons de consistência interna. Neste estudo, encontrou-se um valor de .88, sendo este um bom indicador.

### ***Impact of Event Scale – Revised (IES-R)***

A IES-R (Anexo E) foi originalmente desenvolvida por Weiss e Marmar (1997), tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Vieira et al. (2021) em indivíduos capazes de identificar, pelo menos, um evento stressante ou potencialmente traumático. Desta forma, a IES-R avalia o impacto destes eventos significativos tendo em conta 22 itens. Estes itens estão divididos em quatro fatores: Ativação Fisiológica (itens 2, 4, 10, 15, 16, 18, 19 e 20 – e.g., “Tive grandes problemas de sono”), Intrusão (itens 1, 3, 6, 9, 14 e 21 – e.g., “Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria”), Evitamento (itens 5, 8, 11, 12, 17 e 22 – e.g., “Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento”) e Anestesia Emocional (itens 7 e 13 – e.g., “Sentia-me anestesiado/a em

relação ao que aconteceu”). A IES-R utiliza uma escala de resposta do tipo *Likert* de cinco pontos, onde o 0 corresponde a “Nada” e o 4 a “Muitíssimo”. A pontuação da escala total varia de 0 a 88 pontos, sendo que pontuações mais elevadas demonstram uma maior gravidade da sintomatologia associada ao *distress*. Quanto às propriedades psicométricas, a análise fatorial exploratória comprovou a existência de uma estrutura multidimensional para a IES-R composta por quatro fatores. Existiram também resultados de validade convergente, que sugerem que a IES-R se correlaciona de forma positiva e estatisticamente significativa com a *Intimate Justice Scale*. Por fim, foram encontrados indicadores bons e muito bons de consistência interna, quer para a escala total ( $\alpha = .92$ ), quer para os fatores Ativação Fisiológica ( $\alpha = .90$ ), Intrusão ( $\alpha = .85$ ) e Evitamento ( $\alpha = .81$ ). Por sua vez, o fator Anestesia Emocional apresentou um alfa de Cronbach fraco ( $\alpha = .52$ ). Importa salientar que este último fator possui menos itens que os restantes e, por isso, poderá atribuir-se a sua menor homogeneidade a este facto. Nesta amostra, obteve-se indicadores bons e muito bons de consistência interna, quer para a escala total ( $\alpha = .93$ ), quer para os fatores Ativação Fisiológica ( $\alpha = .89$ ), Intrusão ( $\alpha = .93$ ) e Evitamento ( $\alpha = .70$ ).

#### ***Escala de Vinculação do Adulto (EVA)***

A EVA (Anexo F) foi originalmente desenvolvida por Collins e Read (1990), tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Canavarro (1997) em indivíduos casados ou em união de facto. Mais tarde, foi realizada uma revisão crítica acerca da aplicação desta escala na população portuguesa (Canavarro et al., 2006). Neste sentido, a EVA trata-se de um instrumento de autorresposta que avalia a vinculação do adulto, sendo composta por 18 itens. Estes itens surgem divididos de forma igualitária por três dimensões, sendo cada uma constituída por seis itens. A dimensão Ansiedade avalia o grau de ansiedade sentido pelo indivíduo relativamente a questões interpessoais como o medo do abandono ou de não ser bem querido (itens 3, 4, 9, 10, 11 e 15 – e.g., “Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem”). A dimensão Contacto com a Proximidade refere-se ao grau em que este se sente confortável com a intimidade e a proximidade (itens 1, 6, 8, 12, 13 e 14 – e.g., “Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas”). Por último, a dimensão Confiança nos Outros é relativa ao grau de confiança nos outros e na disponibilidade dos mesmos quando sentida como necessária (itens 2, 5, 7, 16, 17 e 18 – e.g., “Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessária”). A EVA utiliza uma escala de resposta do tipo *Likert* de cinco pontos, onde o 1 corresponde a “Nada característico em mim” e o 5 a “Extremamente característico em mim”. Após a cotação dos itens deverá ser

realizada a soma de todos os itens que constituem cada dimensão, dividindo a pontuação obtida pelo número de itens (i.e., 6 itens). Importa ter em atenção que os itens 2, 7, 8, 13, 16, 17 e 18 devem ser cotados de forma inversa, uma vez que se encontram invertidos. Desta forma, a pontuação da escala total varia de 18 a 90 pontos, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de vinculação no adulto. Quanto às propriedades psicométricas, a análise fatorial exploratória revelou a existência de uma estrutura multidimensional para a EVA constituída por três dimensões. Para além disso, encontraram-se bons indicadores de consistência interna, quer para a escala total ( $\alpha = .81$ ), quer para a dimensão Ansiedade ( $\alpha = .84$ ). Por sua vez, as dimensões Contacto com a Proximidade ( $\alpha = .67$ ) e Confiança nos Outros ( $\alpha = .54$ ) apresentaram valores de alfa Cronbach mais baixos, revelando, respetivamente, indicadores aceitáveis e fracos de consistência interna. Neste estudo, encontraram-se bons indicadores para a escala total ( $\alpha = .78$ ) e para a dimensão Ansiedade ( $\alpha = .88$ ). As dimensões Contacto com a Proximidade ( $\alpha = .56$ ) e Confiança nos Outros ( $\alpha = .59$ ) evidenciaram indicadores fracos de consistência interna.

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

A EASAVIC (Anexo G) foi originalmente desenvolvida para a população portuguesa por Narciso e Costa (1996) numa amostra de indivíduos casados. Trata-se de um instrumento de autoavaliação que pretende avaliar a satisfação em áreas da vida conjugal. Desta forma, é constituída por 44 itens organizados em 10 áreas, sendo cinco referentes à dimensão Amor (dos itens 19 ao 44) e cinco relativas à dimensão Funcionamento Conjugal (dos itens 1 ao 18). Por um lado, a dimensão Amor inclui as áreas Intimidade Emocional (7 itens), Sentimentos e Expressão de Sentimentos (6 itens), Sexualidade (6 itens), Características Físicas e Psicológicas (4 itens) e Continuidade da Relação (3 itens). Por sua vez, a dimensão Funcionamento Conjugal engloba as áreas das Relações Extrafamiliares (5 itens), Comunicação e Conflitos (5 itens), Funções Familiares (4 itens), Tempos Livres (2 itens) e Autonomia (2 itens). Dos 44 itens, 16 representam áreas cujo foco é o casal (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 14, 15, 16, 17, 18, 25, 28, 35 e 38 – e.g., “O modo como tomamos decisões”), 14 surgem direcionados para o próprio (itens 9, 10, 12, 19, 21, 23, 26, 29, 31, 33, 36, 39, 41 e 43 – e.g., “A minha privacidade e autonomia”) e os restantes 14 itens têm como foco o outro (itens 8, 11, 13, 20, 22, 24, 27, 30, 32, 34, 37, 40, 42 e 44 – e.g., “O que o meu(minha) companheiro(a) sente por mim”). A EASAVIC utiliza uma escala de resposta do tipo *Likert* de seis pontos, onde o 1 corresponde a “Nada satisfeito(a)” e o 6 a “Completamente

satisfeito(a)”. A pontuação da escala total varia de 44 a 264 pontos, sendo que pontuações mais elevadas revelam níveis mais elevados de satisfação em áreas da vida conjugal. Quanto às propriedades psicométricas, a análise fatorial exploratória comprovou a existência de uma estrutura bidimensional para a EASAVIC constituída por duas dimensões. Existiram também resultados de validade convergente, que sugerem que a EASAVIC se correlaciona de forma negativa com a Escala de Satisfação Global de Gleen e Weaver, bem como com a Escala dos Componentes do Amor de Sternberg. Por fim, quanto à fidelidade, os autores não mencionaram o valor de alfa de Cronbach para a escala total. Contudo, salientaram que foram encontrados indicadores muito bons de consistência interna, quer para a dimensão Amor ( $\alpha = .97$ ), quer para a dimensão Funcionamento Conjugal ( $\alpha = .90$ ). Ainda que não exista qualquer publicação neste âmbito, importa referir que os autores optaram por realizar em 2010 um novo estudo psicométrico da EASAVIC, no qual também resultaram indicadores bons e muito bons de consistência interna. Em particular para a escala da Satisfação Conjugal Global ( $\alpha = .97$ ), bem como para as restantes áreas relativas à Intimidade Emocional ( $\alpha = .96$  – itens 19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43 e 44), Sexualidade ( $\alpha = .93$  – itens 23, 24, 25, 26, 27 e 28), Comunicação/Conflito ( $\alpha = .91$  – itens 14, 15, 16, 17, 18, 21 e 22), Funções Familiares ( $\alpha = .84$  – itens 1, 2, 3 e 4), Rede Social ( $\alpha = .83$  – itens 7, 8 e 9), Autonomia ( $\alpha = .82$  – itens 10, 11, 12 e 13) e Tempos Livres ( $\alpha = .83$  – itens 5 e 6). Nesta amostra, encontraram-se indicadores muito bons de consistência interna, quer para a escala total ( $\alpha = .98$ ), quer para a dimensão Amor ( $\alpha = .98$ ) e Funcionamento Conjugal ( $\alpha = .97$ ).

### **Procedimentos de Recolha e Análise de Dados**

Numa primeira fase, foi necessário elaborar um pedido de autorização aos autores para a utilização das versões portuguesas dos instrumentos (Anexo H). Após a obtenção de todas as autorizações, foi preparado o consentimento informado (Anexo I), bem como o formulário de recolha de dados com recurso à plataforma do *Google Forms*. Posteriormente, este foi analisado pela docente orientadora para corrigir possíveis erros, confirmar se as instruções e os itens estavam compreensíveis e clarificar o tempo necessário para o seu preenchimento (aproximadamente 15/20 minutos). Desta forma, os dados foram recolhidos *online*, com convite à participação e divulgação do *link* através das redes sociais de grupos de apoio e do contacto direto com a Associação Projeto Artémis, em Braga. As participantes foram informadas acerca do objetivo do estudo e também foi garantido que toda a informação é anónima, tratada de forma confidencial e utilizada exclusivamente para fins de investigação. Para além disso, foi pedido às participantes que respondessem ao questionário,

bem como que partilhassem com pessoas que conhecessem e que também pudessem participar no estudo. Relativamente aos princípios deontológicos previstos no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos, estes foram respeitados ao longo de todo o estudo. Assim, esta investigação decorreu de acordo com o plano de trabalhos (Anexo N).

Para se proceder à análise dos dados foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 28 para *Windows*. Tendo em consideração que os dados recolhidos foram de natureza quantitativa, o primeiro procedimento que se realizou teve como finalidade a sua organização e o despiste de possíveis erros de codificação na inserção dos mesmos na base de dados. Após este processo foram realizadas as análises fatoriais dos instrumentos, como forma de verificar a compatibilidade metodológica do presente estudo com os procedimentos utilizados nas versões portuguesas dos mesmos e, conseqüentemente, contribuir para a continuidade das evidências psicométricas. A dimensionalidade dos instrumentos foi avaliada por meio da análise fatorial confirmatória, sendo esta realizada para testar os modelos propostos pelos autores da versão portuguesa dos mesmos. Os modelos foram avaliados através dos valores de Qui-Quadrado ( $\chi^2$ ) e dos índices de ajustamento referenciados por esses autores (i.e., *Comparative Fit Index* – CFI; *Root-Mean-Square Error of Approximation* – RMSEA; *Goodness-of-Fit Index* – GFI). De acordo com a literatura, para que estes índices de ajustamento sejam considerados satisfatórios, o CFI e o GFI devem apresentar-se superiores a .90, enquanto o RMSEA deve ser inferior a .80 (Marôco, 2021). Importa destacar que, para a realização destas análises, recorreu-se ao *software SPSS Analysis of Moment Structures* (AMOS), versão 28. Para a realização da análise fatorial exploratória foram avaliados os valores dos testes de esfericidade de *Bartlett* e as medidas de adequação da amostra *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). Para que seja possível realizar a análise fatorial exploratória, é fundamental que os valores de KMO revelem bons indicadores (i.e.,  $KMO > .50$ ) e os testes de esfericidade de *Bartlett* demonstrem um nível de significância que assegure a existência de correlação entre as variáveis (i.e.,  $p < .001$ ; Marôco, 2021; Pestana & Gageiro, 2003). Após estas avaliações iniciais foi testado o número de fatores defendido pelos autores da versão portuguesa de cada instrumento, sendo que para esses fatores serem considerados significantes devem revelar *eigenvalues* superiores a um (Marôco, 2021; Pestana & Gageiro, 2003). Além disso, recorreu-se à rotação dos fatores, uma vez que esta técnica permite redistribuir a variância explicada entre os fatores e, por isso, auxilia na identificação dos itens que correspondem a cada fator (Hair et al., 2010). Posteriormente, foram analisadas as cargas fatoriais obtidas, sendo estas coeficientes que indicam a

correlação entre os itens e os fatores latentes (Kline, 2011; Marôco, 2021). Nas situações em estas revelaram uma baixa saturação (i.e., abaixo de .50) ou uma dupla saturação (i.e., diferença inferior a .10 entre dois fatores), os itens foram excluídos da estrutura do modelo (Kline, 2011; Marôco, 2021). Os nomes atribuídos aos fatores foram teoricamente refletidos tendo em conta o conteúdo dos itens que os compõem, assegurando, assim, uma interpretação precisa dos resultados (Marôco, 2021).

Seguiu-se com procedimentos simples de análise de dados, de modo a realizar-se uma descrição das variáveis na amostra. Para tal, recorreu-se a medidas de estatística descritiva, nomeadamente a medidas de tendência central (e.g., média) e de dispersão (e.g., desvio-padrão). Posteriormente, foram realizadas análises de estatística inferencial, nomeadamente testes de associação e testes de diferenças inter-sujeitos, com vista à identificação de relações entre as variáveis em estudo e de diferenças entre grupos, em particular. Para se realizar os testes de associação foi necessário testar, previamente, o pressuposto da normalidade da distribuição, sendo esperado que os dados cumprissem com este requisito que está subjacente à utilização de testes paramétricos. Desta forma, recorreu-se ao Teorema do Limite Central que defende que, em amostras com uma dimensão razoável (i.e., 25/30 participantes), a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normalidade (Marôco, 2021). Além disso, foram verificados os valores de assimetria e de curtose que, por sua vez, deviam situar-se próximos de zero (Kline, 2011). Contudo, caso isso não se verificasse, a literatura defende que podem ser aceites valores de assimetria se esta se mantiver abaixo de três pontos absolutos e de curtose abaixo de 10 pontos (Kline, 2011). Estes valores permitiram, assim, justificar a manutenção dos métodos estatísticos paramétricos (Kline, 2011). Estes testes são considerados mais robustos do que os homólogos não paramétricos, mas, nas situações em que estes pressupostos não se verifiquem, o recurso a estes últimos deve ser ponderado, visto que se não pressupõe nenhum tipo de distribuição parametrizada dos dados (Kline, 2011). Para se proceder aos testes de diferenças inter-sujeitos foi, previamente, necessário assegurar o pressuposto da normalidade da distribuição das variáveis entre os grupos e o pressuposto da homogeneidade das variâncias. A homogeneidade foi testada através do teste de *Levene*, sendo esperado que as variâncias dos grupos que estavam a ser comparados fossem similares (Martins, 2011). No entanto, mesmo não se verificando este pressuposto, a literatura defende que a análise da variância pode ser efetuada quando as diferenças não excedem a proporção de um para quatro (Poeschl, 2006).

Ao nível das análises de estatística inferencial recorreu-se também aos modelos de regressão linear (i.e., simples e múltipla), de modo a verificar que variáveis prediziam significativamente as variáveis de interesse. Para tal foi necessário realizar, previamente, uma análise exploratória de dados que permitiu a identificação de *missing data* e de *outliers* e, por sua vez, prevenir o enviesamento dos resultados obtidos e testar os pressupostos estatísticos subjacentes aos modelos de regressão. Estes pressupostos abrangem a distribuição normal dos erros, a linearidade, a média dos resíduos igual a 0, a independência dos erros, a homocedasticidade e a multicolinearidade (Laureano, 2020). Acrescenta-se, ainda, que todas as variáveis predictoras e de resultado devem ser de natureza quantitativa (Laureano, 2020). Para o pressuposto da distribuição normal dos erros, considerou-se novamente a premissa do Teorema do Limite Central (i.e.,  $N > 25/30$ ; Marôco, 2021). Quanto ao pressuposto da linearidade, analisada através do gráfico de dispersão, este defende que a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes assume uma forma linear (Laureano, 2020). A independência dos erros pressupõe que os erros ou resíduos não devem estar correlacionados entre si, ou seja, devem ser independentes (Laureano, 2020). Para verificar este pressuposto, recorreu-se ao teste de *Durbin-Watson* em que os valores iguais ou próximos de dois são indicativos da ausência de correlação entre os resíduos (i.e., intervalo desejado para este teste; Laureano, 2020). A homocedasticidade defende que a variância dos erros ou resíduos deve ser constante ao longo de todos os níveis das variáveis independentes e, por isso, a dispersão dos resíduos deve ser, aproximadamente, a mesma em todos os valores preditos pelo modelo de regressão (Laureano, 2020). Por fim, o pressuposto da multicolinearidade postula que não deve existir uma correlação elevada entre dois ou mais preditores (Laureano, 2020). Esta foi avaliada com recurso ao *Variance Inflation Factor* (VIF) em que valores acima de 10 revelam uma multicolinearidade significativa, o que pode comprometer a precisão das estimativas dos coeficientes de regressão (Laureano, 2020).

Por fim, através do alfa de Cronbach, foi realizada a análise da fiabilidade de cada escala e das suas respetivas dimensões, de modo a comparar-se os valores da versão portuguesa do instrumento com aqueles que foram obtidos neste estudo. Destaca-se que estes valores foram interpretados à luz dos seguintes parâmetros: inaceitáveis (menores que .50), fracos (entre .50 e .60), aceitáveis (entre .60 e .70), bons (entre .70 e .90) e muito bons (entre .90 e 1; Pereira & Patrício, 2020).

## Resultados

### Análises Acessórias

#### *Análise Fatorial Confirmatória*

O ICG foi testado para o modelo de cinco fatores proposto por Frade (2010; Anexo J). O modelo resultante não apresentou índices de ajustamento satisfatórios, visto que  $\chi^2(142) = 235.2, p < .001, \chi^2/gl = 1.66, CFI = .69, RMSEA = .15, GFI = .60$ . No IES-R foi testado o modelo de quatro fatores proposto por Vieira et al (2021; Anexo K). O modelo resultante não apresentou índices de ajustamento satisfatórios, pois  $\chi^2(203) = 442.6, p < .001, \chi^2/gl = 2.18, CFI = .56, RMSEA = .20, GFI = .50$ . A EVA foi testada para o modelo de três fatores proposto por Canavarro (1997; Anexo L). O modelo obtido também não evidenciou índices de ajustamento satisfatórios, uma vez que  $\chi^2(132) = 314.8, p < .001, \chi^2/gl = 2.38, CFI = .47, RMSEA = .22, GFI = .57$ . Por fim, foi testado o modelo de dois fatores na EASAVIC proposto por Narciso e Costa (1996; Anexo M). O modelo resultante não apresentou índices de ajustamento satisfatórios, na medida em que  $\chi^2(145) = 302.3, p < .001, \chi^2/gl = 2.08, GFI = .28$ . Neste sentido, concluiu-se que os índices de ajustamento das medidas em estudo se revelaram insatisfatórios e, por isso, procedeu-se a uma análise fatorial exploratória dos mesmos.

#### *Análise Fatorial Exploratória*

Os valores de KMO revelaram bons indicadores e os testes de *Bartlett* evidenciaram um nível de significância que assegurava a existência de correlação entre as variáveis. Estes resultados possibilitaram a análise fatorial exploratória de todos os instrumentos utilizados. Desta forma, na PBGS, após a análise de componentes principais seguindo uma rotação *Varimax*, verificou-se que o único fator resultante do seu modelo apresentou um *eigenvalue* superior a um (i.e., *eigenvalue* = 3.42%). Este explicou 48.86% da variância do modelo. A variância explicada cumulativa para esta solução de um fator evidenciou-se superior ao resultado obtido na versão portuguesa (i.e., 32.44%). Verificou-se, assim, a organização unidimensional da escala, em consonância com os resultados da análise fatorial realizada pelos autores. Contudo, foram avaliadas as cargas fatoriais para uma solução (Tabela 2), tendo-se observado a necessidade de excluir os itens 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13 e 14 por apresentarem uma baixa saturação.

### Tabela 2

*Cargas Fatoriais da PBGS para a Solução de Um Fator*

Item (Número e Conteúdo)	Fator 1
3. Sonhou que ainda estava grávida	.84

6. Sentiu-se como se ainda estivesse grávida	.79
2. Sentiu que o bebé ainda estava dentro de si	.72
12. Quis/Sentiu vontade de vestir roupas de grávida	.69
9. Acariciou a sua barriga ou segurou- a como se ainda estivesse grávida	.66
15. Sonhou com o bebé	.66
1. Deu por si a caminhar como uma mulher grávida	.49
10. Sentiu como se dentro de si houvesse um espaço vazio	.44
11. Sentiu saudade do bebé	.43
14. Imaginou como teria sido o bebé	.39
13. Imaginou se teria tido um rapaz ou uma rapariga	.35
7. Deu por si a planear coisas para o bebé como se ainda estivesse grávida	.38
4. Sentiu-se fisicamente mal sempre que pensou no abortamento	.26
5. Quis ter o bebé nos seus braços	.26
8. Sentiu que foi fácil pensar noutras coisas que não no bebé que perdeu	.02

*Nota.* As secções verticais a cinzento indicam os fatores nos quais os itens se apresentaram mais saturados (surge das cargas fatoriais mais altas para as mais baixas). As secções em caixas horizontais indicam os itens que foram excluídos.

No ICG, após a análise de componentes principais seguindo uma rotação *Varimax*, verificou-se que cinco fatores apresentaram *eigenvalues* superiores a um. Estes explicaram 75.57% da variância do modelo. A variância explicada cumulativa para esta solução de cinco fatores evidenciou-se superior ao resultado obtido na versão portuguesa (i.e., 68.90%). Desta forma, o primeiro fator explicou 39.80% da variância (*eigenvalue* = 6.77), o segundo fator 13.29% da variância (*eigenvalue* = 2.26), o terceiro fator 9.70% (*eigenvalue* = 1.65), o quarto fator 7.33% (*eigenvalue* = 1.25) e, por fim, o quinto fator 5.45% da variância (*eigenvalue* = 1.03). Verificou-se, assim, a organização multidimensional da escala, em consonância com os resultados da análise fatorial realizada pelo autor. Porém, foram avaliadas as cargas fatoriais para uma solução de cinco fatores (Tabela 3), tendo-se concluído a necessidade de excluir os itens 13 e 16 por apresentarem uma dupla saturação. Os itens incluídos no Fator 1 correspondem à Dimensão Depressiva, enquanto os itens dos Fatores 2, 3 e 4 correspondem à Dimensão Psicótica, à dimensão Dificuldades de Separação e à Dimensão Dificuldades Traumáticas, respetivamente. Destaca-se que a Dimensão Negação e Revolta, correspondente ao Fator 5, foi retirada do instrumento, uma vez que surgiu constituída por apenas um item. Por consequência, também o item 12 foi excluído. Desta forma, concluiu-se que o ICG é constituído por quatro dimensões.

**Tabela 3***Cargas Fatoriais do ICG para a Solução de Cinco Fatores*

<b>Item (Número e Conteúdo)</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Fator 3</b>	<b>Fator 4</b>	<b>Fator 5</b>
17. Eu sinto-me amargo sobre a morte desta pessoa...	.79				
6. Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...	.76				
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	.74				
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	.72				
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	.71				
5. Eu sinto-me atraído às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	.70				
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	.67				
9. Desde que ele(a) morreu é-me difícil confiar nas pessoas...	.63				
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...		.93			
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...		.82			
15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...		.75			
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...		.57		.53	
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...		.54		.51	
10. Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto...			.84		
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...			.77		
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...			.61		
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...				.92	
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente faço...				.60	

12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	.87
--	-----

*Nota.* As colunas verticais a cinzento indicam os fatores nos quais os itens se apresentaram mais saturados (surge das cargas fatoriais mais altas para as mais baixas). As secções em caixas horizontais indicam os itens que foram excluídos.

No PB-13, após a análise de componentes principais com uma rotação *Varimax*, verificou-se que o único fator resultante do seu modelo apresentou um *eigenvalue* superior a um (i.e., *eigenvalue* = 6.77%). Este explicou 56.43% da variância do modelo. A variância explicada cumulativa para esta solução de um fator evidenciou-se ligeiramente inferior ao resultado obtido na versão portuguesa (i.e., 58.43%). Contudo, continuou a verificar-se a organização unidimensional da escala, em consonância com os resultados da análise fatorial realizada pelos autores. Foram também avaliadas as cargas fatoriais para uma solução (Tabela 4), tendo-se observado a necessidade de excluir o item 4 por apresentar uma baixa saturação.

#### Tabela 4

*Cargas Fatoriais do PG-13 para a Solução de Um Fator*

Item (Número e Conteúdo)	Fator 1
1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?	.73
2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?	.71
3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?	.77
5. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou confuso pela sua perda?	.59
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é desde a sua perda (i.e., sente que uma parte de si morreu)?	.60
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	.87
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	.67
9. Sente amargura pela sua perda?	.88
10. Sente ainda dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	.85
11. Sente-se emocionalmente dormente desde a sua perda?	.83
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	.86
13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?	.57

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente faleceu?	.27
---	-----

*Nota.* As secções verticais a cinzento indicam os fatores nos quais os itens se apresentaram mais saturados (surge das cargas fatoriais mais altas para as mais baixas). A secção na caixa horizontal indica o item que foi excluído.

Na IES-R, após a análise de componentes principais seguindo uma rotação *Varimax*, verificou-se que quatro fatores apresentaram *eigenvalues* superiores a um. Estes explicaram 70.03% da variância do modelo. A variância explicada cumulativa para esta solução de quatro fatores evidenciou-se superior ao resultado obtido na versão portuguesa (i.e., 61.3%). Neste sentido, o primeiro fator explicou 43.90% da variância (*eigenvalue* = 9.22), o segundo fator 10.49% da variância (*eigenvalue* = 2.20), o terceiro fator 8.27% (*eigenvalue* = 1.74) e o quarto fator 7.36% da variância (*eigenvalue* = 1.55). Verificou-se, assim, a organização multidimensional da escala, o que vai ao encontro dos resultados da análise fatorial realizada pelos autores. No entanto, foram avaliadas as cargas fatoriais para uma solução de quatro fatores (Tabela 5), tendo-se concluído a necessidade de excluir o item 7 por apresentar uma baixa saturação. Os itens incluídos no Fator 1 correspondem à dimensão Intrusão, enquanto os itens dos Fatores 2 e 3 correspondem à dimensão Ativação Fisiológica e Evitamento, respetivamente. Destaca-se que a dimensão Anestesia Emocional, correspondente ao Fator 4, foi retirada do instrumento, vez que esta passou a ser constituída por apenas um item e este não surgiu incluído nessa dimensão após a análise fatorial. Por consequência, também os itens 19, 20 e 21 que surgiram inseridos nessa dimensão foram excluídos. Desta forma, concluiu-se que a IES-R é constituída por três dimensões.

### Tabela 5

*Cargas Fatoriais da IES-R para a Solução de Quatro Fatores*

Item (Número e Conteúdo)	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
4. Senti-me irritado(a) e enraivecido(a)	.81			
1. Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura	.77			
6. Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria	.76			
12. Tive consciência que ainda tinha dentro de mim imensos sentimentos relativos ao acontecimento, mas não lidei com eles	.76			
3. Outras situações continuavam a fazer-me pensar no acontecimento	.67			
10. Estava com os nervos “à flor da pele”	.66			

13. Sentia-me anestesiado em relação ao que aconteceu	.66		
9. Imagens sobre o acontecimento apareciam de repente na minha cabeça	.65		
14. Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu	.65		
5. Tentava não ficar perturbado(a) quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo	.58		
15. Tive dificuldades em adormecer		.85	
2. Tive grandes problemas de sono		.80	
18. Tive problemas de concentração		.78	
16. Tive fases em que vivi sentimentos muito fortes relativos ao acontecimento		.66	
17. Tentei apagar o acontecimento da minha memória			.71
8. Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento			.70
11. Tentei não pensar sobre o sucedido			.68
22. Tentei não falar sobre o acontecimento			.67
7. Senti como se nada tivesse acontecido ou como se tudo o que aconteceu não fosse real			.30
21. Senti-me atento e/ou cauteloso			.84
19. Tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reações físicas como, por exemplo, transpirar, dificuldades em respirar, náuseas ou taquicardia			.64
20. Sonhei muitas vezes com coisas relativas ao acontecimento			.53

*Nota.* As secções verticais a cinzento indicam os fatores nos quais os itens se apresentaram mais saturados (surge das cargas fatoriais mais altas para as mais baixas). As secções em caixas horizontais indicam os itens que foram excluídos.

Na EVA, após a análise de componentes principais seguindo uma rotação *Varimax*, verificou-se que três fatores apresentaram *eigenvalues* superiores a um. Estes explicaram 63.86% da variância do modelo. A variância explicada cumulativa para esta solução de três fatores demonstrou ser superior ao resultado obtido na versão portuguesa (i.e., 59.5%). Neste sentido, o primeiro fator explicou 34.26% da variância (*eigenvalue* = 4.45), o segundo fator 17.30% (*eigenvalue* = 2.25) e o terceiro fator 12.31% da variância (*eigenvalue* = 1.60). Verificou-se, assim, a organização multidimensional da escala, em consonância com os resultados da análise fatorial realizada pelo autor. Contudo, foram avaliadas as cargas fatoriais para uma solução de três fatores (Tabela 6), tendo-se concluído a necessidade de excluir os itens 5, 7, 16, 17 e 18 por apresentarem uma baixa saturação. Os itens incluídos no

Fator 1 correspondem à dimensão Ansiedade, enquanto os itens dos Fatores 2 e 3 correspondem à dimensão Contacto com a Proximidade e Confiança nos Outros, respetivamente.

**Tabela 6**

*Cargas Fatoriais da EVA para a Solução de Três Fatores*

<b>Item (Número e Conteúdo)</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>	<b>Fator 3</b>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem	.83		
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a)	.83		
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim	.82		
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim	.81		
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo	.76		
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria	.52		
5. Sinto-me bem dependendo dos outros	.42		
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas		.71	
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas		.60	
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas		.59	
6. Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim		.49	
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias		.37	
8. Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas			.82
13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim			.70
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros			.57
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar			.36
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas			.14
16. Acho difícil confiar completamente nos outros			.09

*Nota.* As secções verticais a cinzento indicam os fatores nos quais os itens se apresentaram mais saturados (surge das cargas fatoriais mais altas para as mais baixas). As secções em caixas horizontais indicam os itens que foram excluídos.

Por fim, na EASAVIC, após a análise de componentes principais seguindo uma rotação *Varimax*, verificou-se que dois fatores apresentaram *eigenvalues* superiores a um.

Estes explicaram 72.39% da variância do modelo. A variância explicada cumulativa para esta solução de dois fatores evidenciou-se superior ao resultado obtido na versão portuguesa (i.e., 67.6%). Neste sentido, o primeiro fator explicou 65.10% da variância (*eigenvalue* = 20.64) e o segundo fator 7.29% (*eigenvalue* = 1.21). Verificou-se, assim, a organização bidimensional da escala, em consonância com os resultados da análise fatorial realizada pelo autor.

Contudo, foram avaliadas as cargas fatoriais para uma solução de dois fatores (Tabela 7), tendo-se concluído a necessidade de excluir os itens 9, 21, 22, 30 e 38 por apresentarem uma dupla saturação. Os itens incluídos no Fator 1 correspondem à dimensão Amor, enquanto os itens do Fator 2 correspondem à dimensão Funcionamento Conjugal.

**Tabela 7**

*Cargas Fatoriais da EASAVIC para a Solução de Dois Fatores*

<b>Item (Número e Conteúdo)</b>	<b>Fator 1</b>	<b>Fator 2</b>
19. O que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	.88	
41. O aspecto físico do(a) meu(minha) companheiro(a)	.88	
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	.83	
40. As expectativas do(a) meu(minha) companheiro(a) quanto ao futuro da nossa relação	.82	
42. A opinião que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem sobre o meu aspecto físico.	.82	
32. A confiança que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem em mim	.80	
20. O que o meu(minha) companheiro(a) sente por mim	.79	
33. A admiração que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	.79	
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais	.78	
28. A qualidade das nossas relações sexuais	.78	
23. O desejo sexual que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	.75	
27. O prazer que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente quando temos relações sexuais	.75	
25. A frequência com que temos relações sexuais	.74	
29. O apoio emocional que dou ao(à) meu(minha) companheiro(a)	.74	
31. A confiança que tenho no(na) meu(minha) companheiro(a)	.72	
36. A atenção que dedico aos interesses do(a) meu(minha) companheiro(a)	.72	
34. A admiração que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim	.70	
24. O desejo sexual que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim	.67	
21. O modo como expresse o que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a)	.66	.62

43. As características e hábitos do(a) meu(minha) companheiro(a)	.64	
22. O modo como o(a) meu(minha) companheiro(a) expressa o que sente por mim	.62	.60
30. O apoio emocional que o(a) meu(minha) companheiro(a) me dá	.61	.64
38. Os nossos projectos para o futuro	.61	.69
9. O modo como nos relacionamos com a minha família	.52	.51
15. O modo como conversamos		.85
2. A distribuição de tarefas domésticas		.83
14. A frequência com que conversamos		.80
17. A frequência dos conflitos que temos		.80
3. O modo como tomamos decisões		.79
4. A distribuição das responsabilidades		.79
18. O modo como resolvemos os conflitos		.78
5. O modo como passamos os tempos livres		.77
13. A nossa relação com a profissão do(a) meu(minha) companheiro(a)		.76
11. A privacidade e autonomia do(a) meu(minha) companheiro(a)		.75
37. A atenção que o(a) meu(minha) companheiro(a) dedica aos meus interesses		.74
16. Os assuntos sobre os quais conversamos		.73
1. O modo como gerimos a nossa situação financeira		.71
6. A quantidade de tempos livres		.70
10. A minha privacidade e autonomia		.70
7. O modo como nos relacionamos com os amigos		.69
12. A nossa relação com a minha profissão		.64
44. A opinião que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem sobre as minhas características e hábitos		.63
35. A partilha de interesses e actividades		.61
8. O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu(minha) companheiro(a)		.56

*Nota.* As secções verticais a cinzento indicam os fatores nos quais os itens se apresentaram mais saturados (surge das cargas fatoriais mais altas para as mais baixas). As secções em caixas horizontais indicam os itens que foram excluídos.

### **Análise de Clusters**

Apesar das abordagens dimensionais possibilitarem uma análise detalhada dos níveis de vinculação do adulto, conceptualmente considerou-se pertinente examinar as configurações da vinculação que, frequentemente, correspondem aos estilos de vinculação. Desta forma, procedeu-se a uma análise de *clusters* utilizando as dimensões Ansiedade, Contacto com a Proximidade e Confiança nos Outros para caracterizar as participantes de acordo com os estilos de vinculação. Para tal, recorreu-se ao método não hierárquico *K-means*, tendo-se igualmente em consideração os procedimentos referidos por Collins (1996)

para determinar a solução final de *clusters*. Nesta amostra, obteve-se a opção por uma divisão em três perfis ( $k = 3$ ). De acordo com os resultados obtidos (Tabela 8), verificou-se que os *clusters* encontrados correspondem à descrição teórica dos três estilos de vinculação do adulto de Hazan e Shaver (1987). Do total da amostra, 19 participantes foram classificadas como seguras, sete como evitantes e, por fim, quatro como ansiosas-ambivalentes.

**Tabela 8**

*Médias das Dimensões da EVA para os Estilos de Vinculação*

Dimensões da EVA	Clusters/Estilos de Vinculação			F(2,27)
	Seguro	Ansioso-Ambivalente	Evitante	
Ansiedade	1.84	4.21	3.29	42.47***
Contacto com a Proximidade	3.20	2.64	3.13	10.26***
Confiança nos Outros	4.00	2.24	3.74	21.32***

\*\*\*  $p < .001$ .

### Estadística Descritiva

De seguida são apresentados os resultados obtidos nas análises de estatística descritiva (Tabela 9). Importa ter em atenção que estas foram calculadas tendo em consideração os resultados das análises fatoriais obtidas para cada variável.

**Tabela 9**

*Resultados Descritivos para as Variáveis em Estudo*

Variável	Mínimo Teórico	Máximo Teórico	Média Teórica	Mínimo	Máximo	M	DP
Luto Perinatal	7	28	17.5	7	24	13.23	4.61
Luto Complicado (Total)	0	64	32	0	50	23.13	13.18
Dificuldades Traumáticas	0	8	4	0	7	3.03	1.94
Dificuldades de Separação	0	12	6	0	11	5.63	3.16
Dimensão Psicótica	0	12	6	0	10	1.27	2.38
Dimensão Depressiva	0	32	16	0	32	13.20	8.99
Luto Prolongado	12	60	36	14	48	29.30	10.24
Impacto do Evento (Total)	0	72	36	0	62	40.50	16.28
Ativação Fisiológica	0	16	8	0	16	10.83	4.73
Intrusão	0	40	20	0	40	25.53	10.96
Evitamento	0	16	8	0	14	4.13	3.73
Ansiedade	1	5	3	1	4.67	2.49	1.05
Contacto com a Proximidade	1	5	3	1.75	4.75	3.06	.80

Confiança nos Outros	1	5	3	1	5	3.42	.93
Satisfação (Total)	39	234	136.5	46	228	161.33	44.89
Amor	19	114	66.5	21	114	84.37	23.04
Funcionamento Conjugal	20	120	70	25	118	76.97	24.26

### Estadística Inferencial

Previamente à realização das análises de estatística inferencial, o pressuposto da normalidade da distribuição foi testado. Os resultados mostraram a ausência de desvios significativos das distribuições das variáveis em relação à distribuição normal (Tabela 10).

#### Tabela 10

*Valores de Assimetria e de Curtose das Variáveis*

Variável	Assimetria		Curtose	
	<i>p</i>	Erro Padrão	<i>p</i>	Erro Padrão
Luto Perinatal	.68	.43	.03	.83
Luto Complicado (Total)	.38	.43	-.37	.83
Dificuldades Traumáticas	.25	.43	-.44	.83
Dificuldades de Separação	-.07	.43	-.97	.83
Dimensão Psicótica	2.28	.43	5.55	.83
Dimensão Depressiva	.45	.43	-.72	.83
Luto Prolongado	.15	.43	-1.24	.83
Impacto do Evento (Total)	-.66	.43	-.25	.83
Ativação Fisiológica	-.71	.43	-.56	.83
Intrusão	-.61	.43	-.67	.83
Evitamento	.80	.43	.20	.83
Ansiedade	.68	.43	-.46	.83
Contacto com a Proximidade	.56	.43	-.50	.83
Confiança nos Outros	-.66	.43	.55	.83
Satisfação (Total)	-.45	.43	-.16	.83
Amor	-.73	.43	.21	.83
Funcionamento Conjugal	-.05	.43	-.66	.83

### Testes de Associação

Tendo em consideração o cumprimento da premissa do Teorema do Limite Central e os valores de assimetria e de curtose obtidos para todas as variáveis em estudo, concluiu-se que estavam cumpridos os requisitos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Neste sentido, para a realização dos testes de associação, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de *Pearson* para identificar a existência de relações entre as variáveis em estudo (Tabelas 11 e 12).

**Tabela 11***Resultados dos Coeficientes de Correlação de Pearson*

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Luto Perinatal	--											
2. Luto Complicado (Total)	.23*	--										
3. Dificuldades Traumáticas	.17*	.63***	--									
4. Dificuldades de Separação	-.13*	.72***	.52**	--								
5. Dimensão Psicótica	.38*	.48**	.23*	.07*	--							
6. Dimensão Depressiva	.26**	.95***	.47*	.57**	.37*	--						
7. Luto Prolongado	.30*	.84***	.59***	.75***	.29	.77***	--					
8. Impacto do Evento (Total)	.33	.51**	.71***	.39*	.29	.38*	.56**	--				
9. Ativação Fisiológica	.13	.48**	.64***	.35	.29	.36	.41*	.79***	--			
10. Intrusão	.30	.56**	.68***	.46*	.20	.45*	.62***	.95***	.66***	--		
11. Evitamento	.37*	-.02	.27	-.08	.30	-.13	.12*	.56**	.24*	.39*	--	
12. Ansiedade	.21	.45*	.22*	.18*	.50**	.42*	.41*	.48**	.29	.45*	.44*	--
13. Contacto com a Proximidade	-.14	-.31*	-.22*	-.03*	-.24*	-.34*	-.38*	-.19	-.03	-.23	-.10	-.23
14. Confiança nos Outros	-.29	-.34*	-.33*	-.41*	.05*	-.29**	-.53**	-.43*	-.29	-.45*	-.16	-.30
15. Satisfação (Total)	-.01	-.37*	-.33	-.17	-.50**	-.28	-.31	-.43*	-.39*	-.41*	-.16	-.33*
16. Amor	-.03	-.45*	-.40*	-.26	-.50**	-.35	-.38*	-.43*	-.39*	-.41*	-.15	-.29*
17. Funcionamento Conjugal	-.06	-.26	-.24	-.06	-.46*	-.19	-.20	-.38*	-.35	-.37*	-.16	-.33*

**Tabela 12***Continuação dos Resultados dos Coeficientes de Correlação de Pearson*

<b>Variável</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>
13. Contacto com a Proximidade	--				
14. Confiança nos Outros	.09	--			
15. Satisfação (Total)	.40*	.16*	--		
16. Amor	.39*	.23**	.95***	--	
17. Funcionamento Conjugal	.36*	.08*	.95***	.80***	--

\*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .**Testes de Diferenças Inter-Sujeitos**

Após assegurados os pressupostos subjacentes à utilização dos testes de diferenças inter-sujeitos (i.e., a normalidade da distribuição das variáveis entre os grupos e a homogeneidade das variâncias), recorreu-se ao teste *t* de *student* para amostras independentes com vista a explorar diferenças nos níveis de luto perinatal, de luto complicado (total) e de luto prolongado entre mães solteiras e mães em relacionamentos estáveis. Quanto aos níveis de luto perinatal, os resultados permitiram verificar pontuações mais elevadas em mães solteiras ( $M = 15.00$ ,  $DP = 11.31$ ) do que em mães em relacionamentos estáveis ( $M = 13.11$ ,  $DP = 4.22$ ). Contudo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos,  $t(1.02) = .24$ ,  $p = .85$ . Relativamente aos níveis de luto complicado (total), a análise dos dados demonstrou que as mães solteiras relatavam níveis mais elevados ( $M = 26.50$ ,  $DP = 13.44$ ), comparativamente a mães que se encontravam num relacionamento estável ( $M = 22.89$ ,  $DP = 13.38$ ). Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre este dois grupos em estudo,  $t(28) = .37$ ,  $p = .72$ . Por fim, a exploração de diferenças nos níveis de luto prolongado permitiu concluir que as mães solteiras apresentavam pontuações inferiores ( $M = 27.50$ ,  $DP = 17.68$ ) às mães que se encontravam em relacionamentos estáveis ( $M = 29.43$ ,  $DP = 10.03$ ). Porém, também nos níveis de luto prolongado não se verificaram diferenças estatisticamente significativas,  $t(28) = .25$ ,  $p = .80$ .

Adicionalmente, recorreu-se ao teste ANOVA para explorar diferenças nos níveis de luto perinatal, de luto complicado (total) e de luto prolongado em função do tempo em que a perda foi experienciada. Os resultados obtidos permitiram verificar a ausência de diferenças estatisticamente significativas nos níveis de luto perinatal,  $F(4,25) = .49$ ,  $p = .74$ , de luto complicado (total),  $F(4,25) = .33$ ,  $p = .86$ , e de luto prolongado,  $F(4,25) = .18$ ,  $p = .95$ . Desta forma, concluiu-se que o tempo em que as mães experienciaram a perda perinatal não estava associado a diferenças nas pontuações destas variáveis.

### **Modelos de Regressão Linear**

A verificação de todos os pressupostos subjacentes à realização dos modelos de regressão possibilitou assegurar a validade e a confiabilidade dos resultados das regressões lineares. Desta forma, foi utilizada uma regressão linear múltipla com o método *Stepwise* para avaliar se as medidas de luto complicado (i.e., variáveis independentes) prediziam os níveis de luto perinatal (i.e., variável dependente). Os resultados demonstraram um modelo estatisticamente significativo,  $R^2 = .25$ ,  $F(4,25) = 2.08$ ,  $p < .001$ , onde os preditores encontrados explicaram 12.9% da variância do modelo (Tabela 13).

**Tabela 13**

*Predição de Luto Perinatal através de Medidas de Luto Complicado*

Variável	Coeficientes Não Padronizados		Coeficientes Padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	12.67	1.76		7.19	< .001
Dificuldades Traumáticas	.45	.50	.19	.90	.03
Dificuldades de Separação	-.65	.34	-.45	-1.94	.03
Dimensão Psicótica	.38	.37	.20	1.03	.04
Dimensão Depressiva	.18	.12	-.35	1.51	.02

Uma análise de regressão linear múltipla com o método *Stepwise* foi utilizada para testar se as medidas de luto complicado (i.e., variáveis independentes) prediziam os níveis de ansiedade (i.e., variável dependente) das participantes. Os resultados revelaram um modelo estatisticamente significativo,  $R^2 = .25$ ,  $F(1,28) = 9.37$ ,  $p < .01$ , onde o preditor encontrado explicou 22.4% da variância do modelo (Tabela 14). As restantes medidas de luto complicado foram excluídas do modelo de regressão, demonstrando não serem preditoras dos níveis de ansiedade.

**Tabela 14**

*Predição de Ansiedade através de Medidas de Luto Complicado*

Variável	Coeficientes Não Padronizados		Coeficientes Padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	2.22	.19		11.54	< .001
Dimensão Psicótica	.22	.07	.50	3.06	.005

Uma análise de regressão linear múltipla com o método *Stepwise* foi também utilizada para testar se as medidas de luto complicado (i.e., variáveis independentes) prediziam os

níveis de confiança nos outros (i.e., variável dependente). Os resultados revelaram um modelo estatisticamente significativo,  $R^2 = .16$ ,  $F(1,28) = 5.51$ ,  $p < .05$ , onde o preditor encontrado explicou 13.5% da variância (Tabela 15). As restantes medidas do luto complicado foram excluídas do modelo de regressão, revelando não serem preditoras dos níveis de confiança nos outros.

**Tabela 15**

*Predição de Confiança nos Outros através de Medidas de Luto Complicado*

Variável	Coeficientes Não Padronizados		Coeficientes Padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	4.10	.33		12.46	< .001
Dificuldades de Separação	-.12	.05	-.41	-.23	.03

Adicionalmente, recorreu-se à análise de regressão linear múltipla com o método *Stepwise* para testar se as medidas de satisfação conjugal (i.e., variáveis independentes) prediziam o contacto com a proximidade (i.e., variável dependente). Os resultados revelaram um modelo estatisticamente significativo,  $R^2 = .15$ ,  $F(1,28) = 5.07$ ,  $p < .05$ , onde o preditor encontrado explicou 12.3% da variância (Tabela 16). A variável Funcionamento Conjugal foi excluída do modelo de regressão, demonstrando não ser preditora de contacto com a proximidade.

**Tabela 16**

*Predição de Contacto com a Proximidade através de Medidas de Satisfação Conjugal*

Variável	Coeficientes Não Padronizados		Coeficientes Padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	1.91	.53		3.60	< .001
Amor	.01	.01	.39	2.25	.03

Por fim, uma análise de regressão linear múltipla com o método *Stepwise* foi utilizada para testar se as medidas de satisfação conjugal (i.e., variáveis independentes) prediziam os níveis de confiança nos outros (i.e., variável dependente) das participantes. Os resultados revelaram um modelo estatisticamente significativo,  $R^2 = .18$ ,  $F(1,28) = 6.05$ ,  $p < .05$ , onde o preditor encontrado explicou 14.8% da variância (Tabela 17). A variável Amor foi excluída do modelo de regressão, evidenciado não ser preditora dos níveis de confiança nos outros.

**Tabela 17***Predição de Confiança nos Outros através de Medidas de Satisfação Conjugal*

Variável	Coeficientes Não Padronizados		Coeficientes Padronizados	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>B</i>	Erro Padrão	Beta		
(Constante)	13.39	2.30		5.81	< .001
Funcionamento Conjugal	.08	.03	.42	2.46	.02

### Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo estudar a relação entre a perda perinatal (variável independente), o processo de luto e os níveis de (in)satisfação conjugal (variáveis dependentes), em mães que vivenciaram pelo menos uma perda perinatal no terceiro trimestre de gestação. A análise dos resultados reflete as diversas hipóteses e questões de investigação colocadas ao longo do estudo, possibilitando uma visão mais aprofundada acerca da perda perinatal e da forma como o luto se manifesta não só na vida destas mulheres, mas também no relacionamento conjugal das mesmas. Desta forma, esta investigação, realizada com uma amostra de 30 mães, revelou conclusões consistentes com a literatura, mas também apresentou nuances fundamentais que sublinham a individualidade do processo de luto.

Primeiramente, os resultados demonstraram que as dificuldades traumáticas são um preditor dos níveis de luto perinatal (H1.1. corroborada), alinhando-se com a literatura existente (Kersting et al., 2011). Desta forma, as mães que relataram níveis mais elevados de dificuldades traumáticas (i.e., sintomas relacionados ao trauma) apresentaram níveis mais elevados de luto perinatal. Esta descoberta reforça a ideia de que o trauma pode intensificar o processo de luto, especialmente quando o evento é súbito ou inesperado (Kersting et al., 2011; Stroebe et al., 2005; Testoni et al., 2022). Quanto às dificuldades de separação, estas apresentaram um efeito inverso ao esperado, mostrando-se como preditores negativos dos níveis de luto perinatal (H1.2 não corroborada). Surpreendentemente, as mães com maiores dificuldades em se separar emocionalmente do bebê evidenciaram níveis menores de luto perinatal. Este resultado pode ser interpretado à luz da Teoria da Vinculação, que sugere que o evitamento da dor da separação pode, temporariamente, suprimir as emoções associadas à perda (Bowlby, 1998; Mikulincer et al., 2004; Stroebe et al., 2005). Este mecanismo de evitamento emocional pode ser visto como um mecanismo de defesa utilizado pelas mães para se protegerem da dor intensa da perda. Assim, apesar das mães poderem manifestar menores níveis de luto perinatal numa fase inicial, esta supressão das emoções pode

prolongar o sofrimento a longo prazo (Stroebe et al., 2005). A dimensão psicótica também se mostrou um preditor do luto perinatal (H1.3 corroborada). A literatura destaca que os sintomas psicóticos (e.g., alucinações ou delírios que envolvem o bebé) podem ser uma manifestação do desejo de negar a realidade da perda, resultando numa vinculação prolongada à figura do bebé e no aumento do sofrimento emocional (Meij et al., 2007). Este estudo confirma esta ideia, uma vez que as mães que relataram estes sintomas apresentaram níveis mais elevados de luto perinatal. Da mesma forma, a dimensão depressiva também se revelou um preditor dos níveis de luto perinatal (H1.4 corroborada), alinhando-se com a literatura existente (Kersting et al., 2011). A depressão associada ao luto pode manifestar-se principalmente através de sentimentos de desesperança, apatia e retraimento social, interferindo na capacidade de adaptação à perda (Boelen & Prigerson, 2007). Neste sentido, as mães com sintomas depressivos mais intensos apresentaram níveis mais elevados de luto perinatal, refletindo a interligação entre a depressão e o luto como um ciclo que reforça o sofrimento emocional.

Os resultados também confirmaram que o luto prolongado está positivamente associado a níveis de impacto do evento (total), ativação fisiológica, intrusão e evitamento (i.e., H2 corroborada na totalidade). Este resultado indica que as mães com um luto prolongado percebem a perda de forma mais intensa e exibem uma reatividade fisiológica e emocional mais acentuada. Tal é coerente com estudos anteriores que defendem que o luto prolongado está frequentemente associado a sintomas que se sobrepõem aos da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (Quenby et al., 2021; Testoni et al., 2022). Além disso, o luto prolongado pode ser visto como um estado de sofrimento contínuo, onde o indivíduo tem dificuldades em processar a perda e, por isso, mantém um vínculo persistente com o ente falecido (Prigerson et al., 2009).

Adicionalmente, este estudo revelou que a psicose foi um preditor dos níveis de ansiedade, ou seja, as mães com sintomatologia psicótica apresentaram níveis mais elevados de ansiedade (apenas H3.3 corroborada). A literatura apoia este resultado, indicando que a psicose pode exacerbar a desregulação emocional após uma perda significativa (Meij et al., 2007; Scheidt et al., 2012; Stroebe et al., 2005). Sintomas como alucinações e delírios relacionados com o bebé são particularmente perturbadores e podem gerar uma resposta ansiosa intensa, uma vez que a mãe pode sentir-se presa num ciclo de sofrimento e confusão (Meij et al., 2007; Scheidt et al., 2012). A ausência de um efeito significativo das dificuldades traumáticas, das dificuldades de separação e da depressão sobre a ansiedade pode parecer

inesperada, dado que a literatura sugere que os traumas e as condições psicológicas intensificam a ansiedade (Kersting et al., 2011). No entanto, o resultado obtido neste estudo pode indicar que os traumas podem ter um impacto mais significativo em outros sintomas relacionados com o luto (e.g., tristeza, saudade) do que na ansiedade. Além disso, a separação pode levar a um luto prolongado e a sintomas depressivos, sem necessariamente desencadear níveis elevados de ansiedade (Boelen & Prigerson, 2007; Bowlby, 1998). A natureza de uma perda pode ser mais marcada por estados de apatia e desesperança do que por hiperatividade emocional, o que ajuda a explicar a sua ausência da depressão como preditor da ansiedade (Boelen & Prigerson, 2007).

O estudo permitiu, ainda, verificar que maiores dificuldades de separação foram preditores de menores níveis de confiança nos outros (apenas H3.6 corroborada). Tal é coerente com a Teoria da Vinculação, que sugere que um processo de separação não resolvido pode levar a um retraimento emocional, dificultando a capacidade de confiar novamente nas figuras de apoio (Bowlby, 1998). Desta forma, as mães que têm dificuldade em aceitar a separação do seu filho podem desenvolver uma desconfiança generalizada relativamente ao apoio dos outros, concentrando-se mais na ausência do vínculo perdido. A ausência das dificuldades traumáticas, da psicose e da depressão como preditores de confiança nos outros pode ser atribuída ao facto de esses fatores, apesar de intensamente disruptivos, poderem provocar uma desregulação interna sem afetar diretamente a perceção que a mãe tem sobre a confiabilidade das pessoas ao seu redor. Por exemplo, o trauma pode gerar hipervigilância e reações emocionais que bloqueiam a confiança (Mikulincer & Shaver, 2003). No entanto, estas reações podem não romper os vínculos interpessoais de forma tão clara como as dificuldades de separação ((Mikulincer & Shaver, 2003). O trauma, ao criar um estado de alerta constante, pode dificultar a abertura para a confiança nos outros, mas pode não destruir os laços já existentes (Mikulincer & Shaver, 2003). Da mesma forma, a depressão tende a reduzir o envolvimento social, mas pode não afetar a confiança nos outros de forma tão intensa como a dificuldade em lidar com a separação emocional do bebé. Enquanto a separação pode afetar o senso de segurança relacional e criar um vazio mais evidente (Bowlby, 1998), a depressão pode levar a um afastamento sem necessariamente invalidar a confiança nos outros. Mais especificamente, em relações pré-existentes, a confiança pode ser mantida mesmo com este afastamento (Joiner & Metalsky, 1995).

A descoberta de que o amor foi um preditor do contacto com a proximidade (H4.1 corroborada) pode ser explicada pelo papel crucial da intimidade emocional em momentos de

vulnerabilidade (Buchanan, 2023). A literatura destaca que o amor facilita a abertura e o apoio mútuo entre o casal, o que pode aumentar o conforto com a proximidade (Buchanan, 2023; Meij et al., 2007). Desta forma, o amor pode atuar como um facilitador para que as mães procurem e aceitem apoio emocional após a perda, quer do companheiro, quer dos outros à sua volta (Meij et al., 2007). A ausência da dimensão do funcionamento conjugal como preditor de contacto com a proximidade (H4.3 não corroborada) pode ser compreendida à luz da sua natureza mais prática e estrutural. Enquanto o amor envolve a expressão de sentimentos e a intimidade, o funcionamento conjugal relaciona-se mais com a gestão de conflitos e a organização da vida quotidiana (Narciso & Costa, 1996). Desta forma, embora estes elementos sejam cruciais para a estabilidade do relacionamento a longo prazo, não estão necessariamente associados à capacidade do casal para se conectar emocionalmente em momentos de vulnerabilidade extrema (Buchanan, 2023).

Outro dado relevante foi a descoberta de que o funcionamento conjugal foi um preditor dos níveis de confiança nos outros (H4.4. corroborada). Tal sugere que, embora o amor seja importante, a estabilidade e a organização das dinâmicas conjugais desempenham um papel mais significativo na forma como as mães percebem a fiabilidade e o apoio dos outros (H4.2 não corroborada). A confiança é, muitas vezes, construída através de rotinas, de uma comunicação eficaz e da partilha de responsabilidades, sendo estes elementos que estão associados ao funcionamento conjugal (Narciso & Costa, 1996). Num relacionamento conjugal com um bom funcionamento, as mães podem sentir-se mais seguras para confiar em outras figuras de apoio, percebendo que têm uma base estável para recorrer em momentos de necessidade (Feeney & Collins, 2001; Meij et al., 2007). Além disso, um bom funcionamento conjugal pode refletir-se em relações mais previsíveis e consistentes, o que promove uma maior confiança nos outros em situações de *stress* (Feeney & Collins, 2001; Meij et al., 2007).

Importa destacar que os resultados da análise de *clusters* encontraram-se de acordo com as previsões da Teoria da Vinculação, em que o estilo de vinculação mostrou influenciar diretamente a forma como as mães podem enfrentar o luto. De acordo com a literatura, os indivíduos com um estilo de vinculação seguro tendem a lidar melhor com as situações de perda, tendo uma maior capacidade para confiar nos outros e para manter relações estáveis (Mikulincer et al., 2004; Stroebe et al., 2005). Estas pessoas apresentam uma maior capacidade de regular as suas emoções e de procurar apoio social de forma saudável, o que as ajuda a enfrentar o luto de forma mais adaptativa (Stroebe et al., 2005). No contexto da perda

perinatal, é plausível que as mães com este estilo de vinculação tenham manifestado menores níveis de sofrimento emocional, devido à sua capacidade para processar a perda com maior resiliência e manter uma rede de suporte (Stroebe et al., 2005). As mães com um estilo de vinculação evitante mostraram uma tendência para evitar a proximidade emocional e para confiar menos nos outros, podendo adotar uma postura de autossuficiência (Mikulincer et al., 2004). No contexto de situações de sofrimento, como o luto, as mães podem inibir as suas emoções e distanciar-se emocionalmente dos outros, o que pode funcionar como um mecanismo de defesa para evitar o sofrimento imediato (Stroebe et al., 2005). No entanto, esta supressão emocional pode ter consequências negativas a longo prazo, pois o evitamento de confrontar a dor da perda pode prolongar o processo de luto e dificultar a recuperação emocional (Stroebe et al., 2005). Por fim, as mães com um estilo de vinculação ansioso-ambivalente evidenciaram maiores níveis de ansiedade em relação à disponibilidade e apoio emocional dos outros (e.g., dos companheiros). Esta necessidade de apoio, muitas vezes acompanhada pelo medo de rejeição ou abandono, pode tornar o processo de luto mais difícil, ao mesmo tempo que pode gerar tensões no relacionamento conjugal, devido à discrepância nas expectativas emocionais entre o casal (Berman & Sperling, 1995; Meij et al., 2007; Mikulincer et al., 2004; Stroebe et al., 2005).

Embora tenha sido postulado que níveis mais elevados de satisfação conjugal (total) atuavam como um fator protetor contra a intensidade do luto perinatal, os resultados mostraram a ausência de uma correlação estatisticamente significativa entre estes dois construtos (i.e., H5 não corroborada). Esta descoberta contrasta com a literatura que defende que um relacionamento conjugal positivo pode funcionar como um fator de proteção emocional (Oliveira et al., 2022). Porém, vai ao encontro de estudos que fundamentam que o impacto do luto perinatal pode ser tão profundo e pessoal que nem uma relação conjugal satisfatória pode ser capaz de amenizar a intensidade do sofrimento (Adebayo et al., 2019; Albuquerque et al., 2017; Dyregrov & Dyregrov, 2017). As mães que se encontram em relações satisfatórias podem estar envolvidas mais profundamente na ideia de uma futura família com o companheiro, o que torna a perda do filho ainda mais dolorosa. A intimidade emocional e o amor podem, paradoxalmente, intensificar o sofrimento na medida em que os dois membros do casal compartilham uma visão clara do que perderam (Albuquerque et al., 2017; Buyukcan-Tetik et al., 2017). Desta forma, em vez de diminuir os níveis de luto, a satisfação conjugal pode aumentar a consciência da magnitude da perda (Buyukcan-Tetik et al., 2017). O Modelo do Trauma também pode ajudar a explicar este resultado, uma vez que

sugere que eventos traumáticos, como a perda de um filho, podem abalar a confiança e a segurança entre o casal, principalmente quando existe uma discrepância nas formas de lidar com a perda (Berman & Sperling, 1995). Os casais que conseguem manter uma flexibilidade emocional e um suporte mútuo tendem a lidar melhor com a dor, enquanto a falta de comunicação e apoio pode aumentar o distanciamento emocional e comprometer a relação conjugal (Berman & Sperling, 1995). Desta forma, a diferença na forma como os homens e as mulheres experienciam o luto pode, por si só, constituir um fator de risco para a insatisfação conjugal e para o agravamento do luto (Aksoy & Cetişli, 2021).

Nesta linha, os resultados também não evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de luto perinatal (Q1), de luto complicado (total; Q2) e de luto prolongado (Q3) entre mães solteiras e mães em relacionamentos estáveis. Isto sugere que o luto por uma perda perinatal é uma experiência profundamente pessoal que transcende a presença ou ausência de um companheiro. Embora um relacionamento estável possa fornecer uma base emocional, o sofrimento experienciado pelas mães após uma perda perinatal tende a ser tão profundo que o suporte externo pode não ser suficiente para atenuar os níveis de luto (Adebayo et al., 2019; Albuquerque et al., 2017; Dyregrov & Dyregrov, 2017). A perda perinatal, como enfatizado pela literatura, é, antes de mais, uma vivência interna e subjetiva, fortemente influenciada pelas características emocionais e psicológicas individuais de cada mãe (Stroebe et al., 2005). Além disso, a persistência da sintomatologia do luto pode estar associada a alterações neurobiológicas que não são facilmente modificáveis pelo suporte social (Msawa et al., 2022). Mais especificamente, a ativação de áreas cerebrais relacionadas com a memória e com o processamento emocional durante o luto pode levar a uma persistência da sintomatologia, independentemente do suporte conjugal disponível (Msawa et al., 2022).

Por fim, o tempo decorrido desde que a perda foi experienciada mostrou não ser um fator significativo nos níveis de luto perinatal (Q4), de luto complicado (total; Q5) e de luto prolongado (Q6). Este resultado sugere que o luto por uma perda perinatal é um processo que não segue uma trajetória temporal linear, sendo marcado por regressões emocionais mesmo após longos períodos. Tal desafia a noção tradicional de que o luto tende a suavizar-se com o tempo e reforça a ideia de que a perda perinatal pode envolver um processo prolongado e emocionalmente resistente. Esta perda, ao interromper bruscamente o processo de vinculação com o bebê e as expectativas futuras da mãe, pode ser uma experiência emocionalmente devastadora, onde o tempo, por si só, pode não ser suficiente para a recuperação emocional

(Wing et al., 2001). Esta ideia sublinha, ainda, a forte influência que os fatores internos emocionais (e.g., estilo de vinculação, resiliência ou vulnerabilidade psicológica) podem ter nos níveis de luto (Bowlby, 1998; Stroebe et al., 2005).

### **Conclusão**

A proximidade da morte, em qualquer fase da vida, expõe de forma cruel a vulnerabilidade inerente à condição humana. Esta vulnerabilidade adquire um peso incomensuravelmente maior quando a perda envolve um filho, seja em fase fetal ou já nascido. A dor de perder um filho, independentemente da sua idade ou do seu desenvolvimento, atinge profundamente os pais, intensificando um sentimento avassalador de impotência e desamparo por parte dos mesmos. Quando a perda ocorre no contexto perinatal, esta interrompe brutalmente os planos, as expectativas e os sonhos para o futuro, quebrando uma ligação que, embora curta no tempo, já era profundamente significativa. Este estudo reforça como a perda perinatal revela a precariedade da vida e expõe uma dor que vai muito além da ausência física. Esta mergulha nas profundezas emocionais das mães que não só perderam os seus filhos, mas também uma vida toda imaginada ao lado dos mesmos. Desta forma, as descobertas encontradas nesta investigação demonstraram que o sofrimento associado a esta perda pode afetar o bem-estar psicológico e emocional das mães e gerar desafios significativos no funcionamento conjugal.

Apesar das contribuições valiosas deste estudo, é importante reconhecer as suas limitações. Como apontado pela literatura, uma amostra constituída por 30 participantes é suficientemente robusta para alcançar conclusões importantes acerca de uma temática (Fortin et al., 2009). Porém, este número reduzido de mães impõe restrições à generalização dos resultados obtidos neste estudo, dificultando a extrapolação das conclusões para uma população mais vasta e diversificada. Além disso, este estudo assumiu um desenho transversal, o que apenas permitiu capturar um momento específico do luto, não se tendo observado como este se desenvolve e transforma ao longo do tempo. Acrescenta-se, ainda, o foco exclusivo nas mães, suprimindo-se o impacto que a perda perinatal pode ter nos pais ou em outros membros da família. Sabe-se que o luto é experienciado de forma distinta por cada indivíduo e a exclusão de perspetivas masculinas ou de outros cuidadores subestima o impacto sistémico que a perda de um bebé pode ter em toda a estrutura familiar. Desta forma, o foco apenas nas mães pode deixar de parte dinâmicas importantes como, por exemplo, a forma como os pais processam o seu luto em paralelo.

Neste sentido, estas limitações permitem refletir acerca da necessidade de investigações futuras mais abrangentes e detalhadas. Para tal, seria importante realizar estudos com amostras maiores e que incluíssem tanto mães quanto pais. Além disso, seria pertinente a realização de estudos longitudinais que acompanhassem as mães por períodos mais longos, de modo a compreender como o processo de luto evolui e como este afeta as relações conjugais de forma contínua. Os estudos longitudinais permitiriam também identificar os momentos críticos do luto em que as intervenções terapêuticas podiam ser mais eficazes. Outra área promissora para investigações futuras seria o impacto das diferenças culturais e religiosas na forma como o luto perinatal é experienciado. As tradições e as crenças podem desempenhar um papel significativo na forma como as mães e as famílias lidam com a perda e, por isso, o estudo destas variáveis possibilitaria uma visão mais holística e representativa da experiência da perda e da resiliência emocional.

Independentemente das limitações apresentadas, os resultados obtidos neste estudo possibilitaram refletir acerca de implicações para a prática profissional em Psicologia. A relação entre a perda perinatal e o aparecimento de sintomas como a depressão e a psicose, salienta a vulnerabilidade emocional das mães que vivenciam uma perda desta natureza. Neste sentido, este estudo alerta para a necessidade dos profissionais de saúde mental estarem preparados não só para identificar esta sintomatologia, mas também para oferecer intervenções que abordem as necessidades psicológicas e emocionais de forma integral. O processo de luto associado a uma perda perinatal é uma ferida complexa que exige um cuidado especializado, envolvendo tanto o suporte emocional quanto as intervenções práticas. Além disso, o impacto sobre as relações conjugais evidenciado por este estudo sublinha a importância de também fornecer apoio ao casal. Os casais, muitas vezes, enfrentam não só o desafio de processar a perda individualmente, mas também de manter a relação num momento de intensa fragilidade emocional. Nesta linha, é essencial que as abordagens terapêuticas incluam uma combinação de psicoterapia individual, terapia de casal e grupos de apoio, onde as mães e/ou pais possam partilhar as suas experiências com outras pessoas que vivenciaram situações semelhantes. Para além disso, o acompanhamento não deve ser limitado a intervenções de curto prazo, pois o luto perinatal é um processo profundo e prolongado que, muitas vezes, exige anos de apoio contínuo para que as mães e o casal possam reconstruir as suas vidas de forma saudável e encontrar um novo equilíbrio emocional.

Em suma, para muitas mães a perda de um filho durante a gestação é vivida num silêncio esmagador e com poucos recursos de apoio. Esta é uma experiência profunda que se não for adequadamente cuidada e respeitada pode gerar cicatrizes emocionais e relacionais duradouras. Contudo, apesar da profundidade do sofrimento, o luto perinatal continua a ser cercado por tabus e, frequentemente, tratado como uma perda invisível e secundária, levando a que raramente seja abordado com a seriedade e a sensibilidade que merece. Desta forma, mais do que uma investigação científica, este estudo é um apelo urgente para a necessidade de se dar visibilidade e dignidade ao luto perinatal. É fundamental que a sociedade e os profissionais de saúde olhem com mais atenção para as mães que experienciam esta perda. Mais do que uma compaixão superficial e/ou de palavras de conforto, estas mães merecem e necessitam de um cuidado integral, de um suporte contínuo, de uma escuta atenta e de um espaço seguro onde possam processar e reconstruir as suas vidas, sem que o seu sofrimento seja minimizado. Este sofrimento nunca será completamente superado, mas pode ser cuidado e respeitado, permitindo que as mães, pouco a pouco, encontrem um caminho de cura e significado. O luto perinatal não termina com o tempo nem se cura com o silêncio e, por isso, que este estudo inspire uma mudança na forma como se aborda esta perda, para que, no futuro, estas mulheres não tenham que carregar sozinhas o peso do silêncio.

### Referências

- Adebayo, A., Liu, M., & Cheah, W. (2019). Sociocultural understanding of miscarriages, stillbirths, and infant loss: A study of nigerian women. *Journal of Intercultural Communication Research*, 48(2), 91–111. <http://dx.doi.org/10.1080/17475759.2018.1557731>
- Aksoy, D., & Cetişli, N. (2021). Recurrent pregnancy loss: Depression, hopelessness, and marital adjustment. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 821–826. <http://dx.doi.org/10.1111/ppc.12620>
- Albuquerque, S., Ferreira, L., Narciso, I., & Pereira, M. (2017). Parents' positive interpersonal coping after a child's death. *Journal of Child and Family Studies*, 26(7), 1817–1830. <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-017-0697-5>
- Albuquerque, S., Narciso, I., & Pereira, M. (2018). Dyadic coping mediates the relationship between parents' grief and dyadic adjustment following the loss of a child. *Anxiety, Stress, & Coping*, 31(1), 93–106. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2017.1363390>
- American Psychiatric Association [APA]. (1996). *DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.<sup>a</sup> Ed.). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *DSM-5: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5.<sup>a</sup> Ed.). Climepsi Editores.
- American Psychiatric Association [APA]. (2023). *DSM-5-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – Texto revisto*. Climepsi Editores.
- Araújo, N., Salim, N., Gualda, D., & Silva, L. (2012). Corpo e sexualidade na gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(3), 552–558. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300004>
- Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(2), 249–259. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2006.11.004>
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno*. Nova Fronteira.
- Bartilotti, M. (2007). Intervenção psicológica em luto perinatal. In F. Bortoletti, A. Moron, J. Filho, U. Nakamura, R. Santana, & R. Mattar (Eds.), *Psicologia na prática obstétrica: Abordagem interdisciplinar* (pp. 67–70). Manole.
- Bennett, S., Litz, B., Lee, B., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(2), 180–187. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.36.2.180>

- Berman, W., & Sperling, M. (1995). The structure and function of adult attachment. In M. Sperling, & W. Berman (Eds.), *Attachment in adults* (pp. 1–31). The Guilford Press.
- Boelen, P., & Prigerson, H. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 444–452.  
<http://dx.doi.org/10.1007/s00406-007-0744-0>
- Bonanno, G., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705–734. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00062-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00062-3)
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Attachment* (Vol. 1). Basic Books.
- Bowlby, J. (1998). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression* (Vol. 3). Pimlico.
- Brownlee, K., & Oikonen, J. (2004). Toward a theoretical framework for perinatal bereavement. *British Journal of Social Work*, 34(4), 517–529.  
<http://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bch063>
- Buchanan, D. (2023). Examining the marital relationship after the death of a child. *The Family Journal*, 31(1), 165–173. <http://dx.doi.org/10.1177/10664807221104129>
- Buyukcan-Tetik, A., Finkenauer, C., Schut, H., Stroebe, M., & Stroebe, W. (2017). The impact of bereaved parents' perceived grief similarity on relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 31(4), 409–419. <http://dx.doi.org/10.1037/fam0000252>
- Callister, L. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 20(3), 227–234. <http://dx.doi.org/10.1097/00005237-200607000-00009>
- Canavarro, M. (1997). *Relações afetivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. [Tese de doutoramento não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (ASS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 156–186.  
<http://dx.doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381>
- Carvalho, F., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: Aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57(126), 33–48.
- Cohen, O., & Katz, M. (2015). Grief and growth of bereaved siblings as related to attachment style and flexibility. *Death Studies*, 39(3), 158–164.  
<http://dx.doi.org/10.1080/07481187.2014.923069>

- Cohen, O., Slonim, I., Finzi, R., & Leichtenritt, R. (2002). Family resilience: Israeli mothers' perspectives. *American Journal of Family Therapy*, 30(2), 173–187.  
<http://dx.doi.org/10.1080/019261802753573876>
- Collins, N. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion and behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810–832.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.71.4.810>
- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment relationships, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644–683. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Coutinho, E., Silva, C., Chaves, C., Nelas, P., Parreira, V., Amaral, M., & Duarte, J. (2014). Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães?. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 17–24.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000800004>
- Dalfovo, M., Lana, R., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: Um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2(4), 1–13.
- Das, M., Arora, N., Gaikwad, H., Chellani, H., Debata, P., Rasaily, R., Meena, K., Kaur, G., Malik, P., Joshi, S., & Kumari, M. (2021). Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved North Indian parents: A qualitative study. *PLoS One*, 16(1), 1–17. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0240270>
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validação do instrumento de avaliação do luto prolongado para a população portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 24(6), 935–942. <http://dx.doi.org/10.20344/amp.1422>
- Dolto, F. (1981). A gênese do sentimento materno: Esclarecimento psicanalítico da função simbólica feminina. In N. Reis, & I. Batista (Eds.), *No jogo do desejo: Ensaios clínicos* (2.<sup>a</sup> Ed., pp. 210–228). Editora Ática.
- Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2017). Parents' perception of their relationship following the loss of a child. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 76(1), 35–52.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0030222815590728>
- Dyregrov, A., Gjestad, R., & Dyregrov, K. (2020). Parental relationships following the loss of a child. *Journal of Loss and Trauma*, 25(3), 224–244.  
<http://dx.doi.org/10.1080/15325024.2019.1666482>

- Espinosa, J., & Evans, W. (2013). Maternal bereavement: The heightened mortality of mothers after the death of a child. *Economics & Human Biology*, *11*(3), 371–381. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehb.2012.06.002>
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*(4), 1149–1160. <http://dx.doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175–191. <http://dx.doi.org/10.3758/BF03193146>
- Feeney, B., & Collins, N. (2001). Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*(6), 972–994. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.80.6.972>
- Fortin, M., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.
- Frade, B. (2010). *Análise das características psicométricas da versão portuguesa do Inventory of Complicated Grief* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte]. Repositório científico da CESPU. <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/32>
- Frøen, J., Cacciatore, J., McClure, E., Kuti, O., Jokhio, A., Islam, M., & Shiffman, J. (2011). Stillbirths: Why they matter. *The Lancet*, *377*(9774), 1353–1366. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62232-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62232-5)
- Frøen, J., Friberg, I., Lawn, J., Bhutta, Z., Pattinson, R., Allanson, E., Flenady, V., McClure, E., Franco, L., Goldenberg, R., Kinney, M., Leisher, S., Pitt, C., Islam, M., Khera, A., Dhaliwal, L., Aggarwal, N., Raina, N., Temmerman, M., & Lancet Ending Preventable Stillbirths Series Study Group. (2016). Stillbirths: Progress and unfinished business. *The Lancet*, *387*(10018), 574–586. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1)
- Gesteira, S., Barbosa, V., & Endo, P. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista de Enfermagem*, *19*(4), 462–467. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000400016>
- Hair, J., Black, W., Babin, B., & Anderson, R. (2010). *Multivariate data analysis* (7.<sup>a</sup> Ed.). Pearson.

- Halford, W., Markman, H., Kling, G., & Stanley, S. (2003). Best practice in couple relationship education. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(3), 385–406. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0606.2003.tb01214.x>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511–524. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Heazell, A., Siassakos, D., Blencowe, H., Burden, C., Bhutta, Z., Cacciatore, J., Dang, N., Das, J., Flenady, V., Gold, K., Mensah, O., Millum, J., Nuzum, D., O'Donoghue, K., Redsha, M., Rizvi, A., Roberts, T., Saraki, H., Storey, C., ... Lancet Ending Preventable Stillbirths Investigator Group. (2016). Stillbirths: Economic and psychosocial consequences. *The Lancet*, 387(10018), 604–616. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3)
- Horton, R., & Samarasekera, U. (2016). Stillbirths: Ending an epidemic of grief. *The Lancet*, 387(10018), 515–516. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01276-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01276-3)
- Hunfeld, J., Wladimiroff, J., & Passchier, J. (1997). The grief of late pregnancy loss. *Patient Education and Counseling*, 31(1), 57–64. [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(97\)01008-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(97)01008-2)
- Hutti, M. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 34(5), 630–638. <http://dx.doi.org/10.1177/0884217505279998>
- Hutti, M., Armstrong, D., Myers, J., & Hall, L. (2015). Grief intensity, psychological well-being, and the intimate partner relationship in the subsequent pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(1), 42–50. <http://dx.doi.org/10.1111/1552-6909.12539>
- Hutti, M., dePacheco, M., & Smith, M. (1998). A study of miscarriage: Development and validation of the Perinatal Grief Intensity Scale. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(5), 547–555. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02621.x>
- Iaconelli, V. (2007). Luto insólito, desmentido e trauma: Clínica psicanalítica com mães de bebês. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(4), 614–623. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142007000400004>
- Jacob, S. (1993). An analysis of the concept of grief. *Journal of Advanced Nursing*, 18(11), 1787–1794. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18111787.x>

- Joiner, T., & Metalsky, G. (1995). A prospective test of an integrative interpersonal theory of depression: A naturalistic study of college roommates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 778–788. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.778>
- Joronen, K., Kaunonen, M., & Aho, A. (2016). Parental relationship satisfaction after the death of a child. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), 499–506. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12270>
- Kain, V. (2013). An exploration of the grief experiences of neonatal nurses: A focus group study. *Journal of Neonatal Nursing*, 19(2), 80–88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jnn.2012.04.001>
- Kalakovic, S., Katte, K., Smith, B., & Gaynor, S. (2023). Simultaneous individual complicated grief treatment with a couple. *Clinical Case Studies*, 22(2), 155–173. <http://dx.doi.org/10.1177/15346501221112665>
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339–343. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>
- Killikelly, C., & Maercker, A. (2017). Prolonged grief disorder for ICD-11: The primacy of clinical utility and international applicability. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup6), 1–9. <http://dx.doi.org/10.1080/20008198.2018.1476441>
- Kline, R. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling* (3.<sup>a</sup> Ed.). Guilford Press.
- Koch, C., Santos, C., & Santos, M. (2012). Tradução portuguesa, adaptação e validação da Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGs) em mulheres com perda de gravidez. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 123–130. <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1151>
- Koert, E., Malling, G., Sylvest, R., Krog, M., Kolte, A., Schmidt, L., & Nielsen, H. (2019). Recurrent pregnancy loss: Couples' perspectives on their need for treatment, support and follow up. *Human Reproduction*, 34(2), 291–296. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/dey362>
- Krosch, D., & Shakespeare-Finch, J. (2017). Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 9(4), 425–433. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000183>

- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes* (7.<sup>a</sup> Ed.). Martins Fontes.
- Laguna, T., Lemos, A., Ferreira, L., & Gonçalves, C. (2021). O luto perinatal e neonatal e a atuação da psicologia nesse contexto. *Research, Society and Development*, 10(6), 1–8. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15347>
- Lang, A., Fleiszer, A., Duhamel, F., Sword, W., Gilbert, K., & Corsini-Munt, S. (2011). Perinatal loss and parental grief: The challenge of ambiguity and disenfranchised grief. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 63(2), 183–196. <http://dx.doi.org/10.2190/OM.63.2.e>
- Lang, A., & Gottlieb, L. (1993). Parental grief reactions and marital intimacy following infant death. *Death studies*, 17(3), 233–255. <http://dx.doi.org/10.1080/07481189308252620>
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2004). Explanatory model of health in bereaved parents post-fetal/infant death. *International Journal of Nursing Studies*, 41(8), 869–880. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.03.013>
- Laureano, R. (2020). *Testes de hipóteses e regressão: O meu manual de consulta rápida*. Edições Sílabo.
- Lee, C., & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 235–244. [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00579-X](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(95)00579-X)
- Lemos, L., & Cunha, A. (2015). Concepções sobre morte e luto: Experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(4), 1120–1138. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001582014>
- Li, J., Precht, D., Mortensen, P., & Olsen, J. (2003). Mortality in parents after death of a child in Denmark: A nationwide follow-up study. *The Lancet*, 361(9355), 363–367. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12387-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12387-2)
- Lichtenthal, W., Cruess, D., & Prigerson, H. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 637–662. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.002>
- Maia, G., Bandeira, D., & Levandowski, D. (2022). Associations of losing a child with the couple relationship, maternal mental health, and the emotional development of the

- subsequent baby. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 0(0), 1–19.  
<http://dx.doi.org/10.1177/00302228221143821>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS statistics* (8.<sup>a</sup> Ed.). ReportNumber.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Psiquilíbrios Edições.
- Meaney, S., Corcoran, P., Spillane, N., & O'Donoghue, K. (2017). Experience of miscarriage: An interpretative phenomenological analysis. *BMJ Open*, 7(3), 1–7.  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011382>
- Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2007). Patterns of attachment and parents' adjustment to the death of their child. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 33(4), 537–548.  
<http://dx.doi.org/10.1177/0146167206297400>
- Meij, L., Stroebe, M., Schut, H., Stroebe, W., van den Bout, J., van der Heijden, P., & Dijkstra, I. (2008). Parents grieving the loss of their child: Interdependence in coping. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 31–42.  
<http://dx.doi.org/10.1348/014466507X216152>
- Mekosh-Rosenbaum, V., & Lasker, J. (1995). Effects of pregnancy outcomes on marital satisfaction: A longitudinal study of birth and loss. *Infant Mental Health Journal*, 16(2), 127–143. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(199522\)16:2%3C127::AID-IMHJ2280160207%3E3.0.CO;2-6](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(199522)16:2%3C127::AID-IMHJ2280160207%3E3.0.CO;2-6)
- Michel, L., & Freitas, J. (2019). A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: Possíveis contribuições de Tatossian. *Psicologia USP*, 30, 1–9. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564e180185>
- Mikulincer, M., Dolev, T., & Shaver, P. (2004). Attachment-related strategies during thought suppression: Ironic rebounds and vulnerable self-representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87(6), 940–956. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.87.6.940>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 53–152). Academic Press.  
[http://dx.doi.org/10.1016/S0065-2601\(03\)01002-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0065-2601(03)01002-5)
- Miranda, A., & Zangão, M. (2020). Vivências maternas em situação de morte fetal. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1–8. <http://dx.doi.org/10.12707/RV20037>

- Morris, S., Fletcher, K., & Goldstein, R. (2019). The grief of parents after the death of a young child. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 321–338. <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-018-9590-7>
- Msawa, C., Alarcon, Z., Andrade, J., Gomes, K., Oliveira, L., Simioni, M., & Santos, T. (2022). Os efeitos do luto no cérebro. *Simbio-Logias Revista Eletrônica de Educação, Filosofia e Nutrição*, 14(20), 68–88. <http://dx.doi.org/10.32905/1983-3253/2022.14.20p68>
- Muza, J., Sousa, E., Arrais, A., & Iaconelli, V. (2013). Quando a morte visita a maternidade: Atenção psicológica durante a perda perinatal. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 34–48.
- Narciso, I., & Costa, M. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115–130.
- Nazaré, B., Fonseca, A., Pedrosa, A., & Canavarro, M. (2010). Avaliação e intervenção psicológica na perda gestacional. *Peritia*, 3, 37–46.
- Oliveira, C., Silva, A., Ramalho, C., Costa, M., & Martins, M. (2022). Efeitos da satisfação conjugal e da utilidade de rituais na vivência do luto no abortamento. *Cogitare Enfermagem*, 27, 1–13. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.82691>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2000). CID-10 – *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10.<sup>a</sup> Ed.). Edusp.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2020). SPSS – *Guia prático de utilização: Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (8.<sup>a</sup> Ed.). Edições Sílabo.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3.<sup>a</sup> Ed.). Edições Sílabo.
- Poeschl, G. (2006). *Análise de dados na investigação em psicologia: Teoria e prática*. Edições Almedina.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2020). Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: A committee opinion. *Fertility and Sterility*, 113(3), 533–535. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.11.025>
- Prigerson, H., Horowitz, M., Jacobs, S., Parkes, C., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S., Wortman, C., Neimeyer, R., Bonanno, G., Block, S., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B., Johnson, J., First, M., & Maciejewski, P. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), 1–13. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>

- Prigerson, H., & Maciejewski, P. (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 52(1), 9–19. <http://dx.doi.org/10.2190/ANKH-BB2H-D52N-X99Y>
- Prigerson, H., Maciejewski, P., Reynolds III, C., Bierhals, A., Newsom, J., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of Complicated Grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65–79. [http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781\(95\)02757-2](http://dx.doi.org/10.1016/0165-1781(95)02757-2)
- Prigerson, H., Shear, M., Jacobs, S., Reynolds, C., Maciejewski, P., Davidson, J., Rosenheck, R., Pilkonis, P., Wortman, C., Williams, J., Widiger, T., Frank, E., Kupfer, D., & Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 67–73. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.174.1.67>
- Prigerson, H., Vanderwerker, L., & Maciejewski, P. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (Eds.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (pp. 165–186). American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/14498-008>
- Prigerson, H., Wolfson, L., Shear, M., Hall, M., Bierhals, A., Zonarich, D., Pilkonis, P., & Reynolds III, C. (1997). Case histories of traumatic grief. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 35(1), 9–24. <http://dx.doi.org/10.2190/TDYG-MRB4-H5H8-HHR7>
- Quenby, S., Gallos, I., Dhillon-Smith, R., Podesek, M., Stephenson, M., Fisher, J., Brosens, J., Brewin, J., Ramhorst, R., Lucas, E., McCoy, R., Anderson, R., Daher, S., Regan, L., Al-Memar, M., Bourne, T., MacIntyre, D., Rai, R., Christiansen, O., ... Coomarasamy, A. (2021). Miscarriage matters: The epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *The Lancet*, 397(10285), 1658–1667. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00682-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00682-6)
- Ritsher, J., & Neugebauer, R. (2002). Perinatal Bereavement Grief Scale: Distinguishing grief from depression following miscarriage. *Assessment*, 9(1), 31–40. <http://dx.doi.org/10.1177/1073191102009001005>
- Rosenblatt, P. (2016). *Parent grief: Narratives of loss and relationship*. Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9781315800639>

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2011). The investigation and treatment of couples with recurrent first-trimester and second-trimester miscarriage. *RCOG Green-top Guideline, 17*, 1–18.
- Scheidt, C., Hasenburg, A., Kunze, M., Waller, E., Pfeifer, R., Zimmermann, P., Hartmann, A., & Waller, N. (2012). Are individual differences of attachment predicting bereavement outcome after perinatal loss? A prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research, 73*(5), 375–382.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.08.017>
- Serrano, F. (2022). Perda gestacional recorrente: Um longo caminho a percorrer. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, 16*(2), 92–93.
- Serrano, F., Centeno, M., & Ramalho, C. (2018). Estudo das situações de morte fetal após as 24 semanas. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa, 12*(3), 240–244.
- Shear, M. (2015). Complicated grief. *New England Journal of Medicine, 372*(2), 153–160.  
<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- Silver, R. (2007). Fetal death. *Obstetrics & Gynecology, 109*(1), 153–167.  
<http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000248537.89739.96>
- Simonetti, A. (2016). *Manual de psicologia hospitalar: O mapa da doença* (8.<sup>a</sup> Ed.). Casa do Psicólogo.
- Stirtzinger, R., Robinson, G., Stewart, D., & Ralevski, E. (1999). Parameters of grieving in spontaneous abortion. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 29*(2), 235–249. <http://dx.doi.org/10.2190/UDW4-2EAG-1RTY-D1Y4>
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2005). Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration. *Review of General Psychology, 9*(1), 48–66.  
<http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.9.1.48>
- Testoni, I., Ronconi, L., Iacona, E., Trainini, A., Tralli, N., Nodari, L., Limongelli, G., & Cena, L. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on perinatal loss among Italian couples: A mixed-method study. *Frontiers in Psychology, 13*, 1–13.  
<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2022.929350>
- Tetruashvili, N., Domar, A., & Bashiri, A. (2023). Prevention of pregnancy loss: Combining progesterone treatment and psychological support. *Journal of Clinical Medicine, 12*(5), 1–21. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12051827>
- Thompson, L. (1998). Women, men, and marital quality. *Journal of Family Psychology, 2*(1), 95–100. <http://dx.doi.org/10.1037/h0080478>

- Van, P. (2001). Breaking the silence of African American women: Healing after pregnancy loss. *Health Care for Women International*, 22(3), 229–243.  
<http://dx.doi.org/10.1080/07399330120995>
- Vieira, C., Paixão, R., Silva, J., & Vicente, H. (2021). Versão portuguesa da Impact of Event Scale – Revised (IES-R). *Psique* 16(1), 24–43. <http://dx.doi.org/10.26619/2183-4806.XVI.1.2>
- Wagner, A., & Falcke, D. (2001). Satisfação conjugal e transgeracionalidade. *Psicologia Clínica*, 13(2), 11–24.
- Wagner, B., & Maercker, A. (2010). The diagnosis of complicated grief as a mental disorder: A critical appraisal. *Psychologica Belgica*, 50(1-2), 27–48.  
<http://dx.doi.org/10.5334/pb-50-1-2-27>
- Walsh, F., & McGoldrick, M. (2013). Bereavement: A family life cycle perspective. *Family Science*, 4(1), 20–27. <http://dx.doi.org/10.1080/19424620.2013.819228>
- Waskowic, T., & Chartier, B. (2003). Attachment and the experience of grief following the loss of a spouse. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 47(1), 77–91.  
<http://dx.doi.org/10.2190/0CMC-GYP5-N3QH-WEH4>
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson, & T. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). Guilford Press.
- Wing, D., Burge-Callaway, K., Clance, P., & Armistead, L. (2001). Understanding gender differences in bereavement following the death of an infant: Implications of or treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(1), 60–73.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.38.1.60>
- Worden, J. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4.<sup>a</sup> Ed.). Springer. <http://dx.doi.org/10.1891/9780826101211>
- World Health Organization [WHO]. (2006). *Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates*. World Health Organization.

**Anexos**

## Anexo A

### Questionário Sociodemográfico, Clínico e de Luto

#### Dados da Mãe:

- Qual a sua idade? \_\_\_\_\_
- Qual a sua naturalidade? \_\_\_\_\_
- Qual o seu estado civil?
 

Solteira	<input type="checkbox"/>	União de facto	<input type="checkbox"/>
Casada	<input type="checkbox"/>	Separada	<input type="checkbox"/>
Divorciada	<input type="checkbox"/>	Viúva	<input type="checkbox"/>
- Quais as suas habilitações literárias?
 

Analfabeta	<input type="checkbox"/>	Curso Técnico Superior Profissional	<input type="checkbox"/>
1.º Ciclo Ensino Básico (4.º ano)	<input type="checkbox"/>	Licenciatura	<input type="checkbox"/>
2.º Ciclo Ensino Básico (6.º ano)	<input type="checkbox"/>	Mestrado	<input type="checkbox"/>
3.º Ciclo Ensino Básico (9.º ano)	<input type="checkbox"/>	Doutoramento	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário (12.º ano)	<input type="checkbox"/>		
Ensino pós-secundário (Cursos de Especialização Tecnológica Não Superior)			<input type="checkbox"/>
- Qual a sua profissão? \_\_\_\_\_

#### Dados do(a) Cônjuge

- Qual o sexo do(a) seu(sua) cônjuge?
 

Feminino	<input type="checkbox"/>	Masculino	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	-----------	--------------------------
- Qual a idade do(a) seu(sua) cônjuge? \_\_\_\_\_

#### História Conjugal

- Qual o número total de anos de namoro e de união conjugal? \_\_\_\_\_

#### História Clínica e de Luto

- Qual o número de semanas de gestação? \_\_\_\_\_
- Qual o número de ecografias realizadas? \_\_\_\_\_
- Qual o número de consultas médicas realizadas? \_\_\_\_\_
- Qual a semana de gestação da 1.ª consulta médica? \_\_\_\_\_
- Foi uma gravidez desejada?
 

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------
- Foi uma gravidez planeada?
 

Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

7. Tinha preferência relativamente ao sexo do bebé?  
Sim  Não
8. Se respondeu “sim” na resposta anterior, por favor, indique-nos qual a sua preferência: \_\_\_\_\_
9. Já tinha escolhido o nome do bebé?  
Sim  Não
10. Se respondeu “sim” na resposta anterior, por favor, indique-nos qual o nome escolhido: \_\_\_\_\_
11. Antes ou após a gravidez foram detetados fatores de risco?  
Sim  Não
12. Se respondeu “sim” na resposta anterior, por favor, indique-nos quais: \_\_\_\_\_
13. Teve algum ou alguns acontecimentos traumáticos recentes?  
Sim  Não
14. Se respondeu “sim” na resposta anterior, por favor, indique-nos qual/quais: \_\_\_\_\_
15. Quando foi a última vez que teve perceção dos movimentos fetais? \_\_\_\_\_
16. Quando verificou que já não tinha mais movimentos fetais recorreu de imediato ao hospital?  
Sim  Não
17. Teve outras gestações que decorreram dentro da normalidade?  
Sim  Não
18. Se respondeu “sim” na resposta anterior, por favor, indique-nos quantas: \_\_\_\_\_
19. Teve anteriormente outras gestações que decorreram de forma inesperada ou fora da normalidade?  
Sim  Não
20. Se respondeu “sim” na resposta anterior, por favor, indique-nos quantas: \_\_\_\_\_

21. Há quanto tempo experienciou a perda gestacional/perinatal?

- |                     |                          |                    |                          |
|---------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Há menos de 6 meses | <input type="checkbox"/> | Há mais de 2 anos  | <input type="checkbox"/> |
| Há mais de 6 meses  | <input type="checkbox"/> | Há mais de 6 anos  | <input type="checkbox"/> |
| Há mais de 1 ano    | <input type="checkbox"/> | Há mais de 12 anos | <input type="checkbox"/> |

22. Qual a causa que resultou na perda gestacional/perinatal?

- Causa materna: diabetes não devidamente controlada, complicações hipertensivas, colestase intra-hepática perinatal, lúpus eritematoso sistémico, infeções, traumatismo materno durante a gestação, entre outros
- Causa fetal: restrição de crescimento fetal, anomalias congénitas ou cromossómicas/genéticas, gestação múltipla, entre outros
- Causa placentária: problemas e limitações da placenta, rutura prematura de membranas, acidentes do cordão umbilical, hemorragia feto-materna, gravidez prolongada, entre outros
- Outra causa

23. Tendo em conta esta perda, por favor, indique-nos se procurou apoio psicológico:

- Sim  Não

## Anexo B

### *Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGS)*

(Ritsher & Neugebauer, 2002; adaptado por Koch et al., 2012)

Os itens que seguem foram realizados por mães que passaram por uma perda gestacional. Leia cada item e escolha qual resposta melhor representa como se tem sentido atualmente. Por favor escolha a opção apropriada para cada item sendo que: a opção “raramente” ou “nunca” (menos de 1/ dia); a opção “às vezes” (1 a 2 dias); a opção “muitas vezes” (3 a 4 dias) e a opção “sempre” ou “quase sempre” (5 a 7 dias).

	(1) Raramente ou nunca (menos de 1/ dia)	(2) Às vezes (1 a 2 dias)	(3) Muitas vezes (3 a 4 dias)	(4) Sempre ou quase sempre (5 a 7 dias)
1. Deu por si a caminhar como uma mulher grávida.				
2. Sentiu que o bebé ainda estava dentro de si.				
3. Sonhou que ainda estava grávida.				
4. Sentiu-se fisicamente mal sempre que pensou no abortamento.				
5. Quis ter o bebé nos seus braços.				
6. Sentiu-se como se ainda estivesse grávida.				
7. Deu por si a planear coisas para o bebé como se ainda estivesse grávida.				
8. Sentiu que foi fácil pensar noutras coisas que não no bebé que perdeu.				
9. Acariciou a sua barriga ou segurou-a como se ainda estivesse grávida.				
10. Sentiu como se dentro de si houvesse um espaço vazio.				
11. Sentiu saudade do bebé.				

12. Quis/Sentiu vontade de vestir roupas de grávida.				
13. Imaginou se teria tido um rapaz ou uma rapariga.				
14. Imaginou como teria sido o bebé.				
15. Sonhou com o bebé.				

### Anexo C

#### *Inventory of Complicated Grief (ICG)*

(Prigerson et al., 1995; adaptado por Frade, 2010)

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, solicitamos para que leia atentamente todos os itens e selecione a opção que melhor retrata a forma como se sente relativamente a uma experiência de luto vivida atualmente.

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Sempre
1. Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente faço...	0	1	2	3	4
2. As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...	0	1	2	3	4
3. Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
4. Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
5. Eu sinto-me atraído às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
6 Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...	0	1	2	3	4
7. Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...	0	1	2	3	4
8. Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	0	1	2	3	4
9 Desde que ele(a) morreu é-me difícil confiar nas pessoas...	0	1	2	3	4
10. Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto...	0	1	2	3	4
11. Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
12. Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
13. Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
14. Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...	0	1	2	3	4

15. Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...	0	1	2	3	4
16. Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...	0	1	2	3	4
17. Eu sinto-me amargo sobre a morte desta pessoa...	0	1	2	3	4
18. Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	0	1	2	3	4
19. Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	0	1	2	3	4

**Anexo D*****Prolonged Grief Disorder (PG-13)***

(Prigerson et al., 2008; adaptado por Delalibera et al., 2011)

INSTRUÇÕES DA PARTE I: Assinale a sua resposta em relação a cada item:

1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa que perdeu?

- 1 = Quase nunca
- 2 = Pelo menos uma vez
- 3 = Pelo menos uma vez por semana
- 4 = Pelo menos uma vez por dia
- 5 = Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?

- 1 = Quase nunca
- 2 = Pelo menos uma vez
- 3 = Pelo menos uma vez por semana
- 4 = Pelo menos uma vez por dia
- 5 = Várias vezes por dia

3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

- Não
- Sim

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe faz lembrar que a pessoa realmente faleceu?

- 1 = Quase nunca
- 2 = Pelo menos uma vez
- 3 = Pelo menos uma vez por semana
- 4 = Pelo menos uma vez por dia
- 5 = Várias vezes por dia

5. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou confuso pela sua perda?

- 1 = Quase nunca
- 2 = Pelo menos uma vez

\_\_\_\_\_ 3 = Pelo menos uma vez por semana

\_\_\_\_\_ 4 = Pelo menos uma vez por dia

\_\_\_\_\_ 5 = Várias vezes por dia

INSTRUÇÕES DA PARTE II: Por favor, indique com um círculo o número adequado correspondente ao que tipicamente sente em resposta a cada questão.

	Não, de todo	Ligeiramente	Razoavelmente	Bastante	Extremamente
6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é desde a sua perda (i.e., sente que uma parte de si morreu)?	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente ainda dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente dormente desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

INSTRUÇÕES DA PARTE III: Assinale a sua resposta em relação a cada item.

13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras áreas importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

\_\_\_\_\_ Não

\_\_\_\_\_ Sim

**Anexo E*****Impact of Event Scale – Revised (IES-R)***

(Weiss & Marmar, 1997; adaptado por Vieira et al., 2021)

Por favor, indique a sua resposta em relação a cada item, sendo que valor 0 corresponde a “Nada” e o valor 4 a “Muitíssimo”

- 1) Qualquer recordação relativa ao acontecimento suscita em mim todas as emoções vividas nessa altura.

0:  1:  2:  3:  4:

- 2) Tive grandes problemas de sono.

0:  1:  2:  3:  4:

- 3) Outras situações continuavam a fazer-me pensar no acontecimento.

0:  1:  2:  3:  4:

- 4) Senti-me irritado(a) e enraivecido(a).

0:  1:  2:  3:  4:

- 5) Tentava não ficar perturbado(a) quando pensava no acontecimento ou quando alguém me fazia recordá-lo.

0:  1:  2:  3:  4:

- 6) Surgiam-me pensamentos sobre o acontecimento mesmo quando não queria.

0:  1:  2:  3:  4:

- 7) Senti como se nada tivesse acontecido ou como se tudo o que aconteceu não fosse real.

0:  1:  2:  3:  4:

- 8) Evitei tudo o que me fizesse recordar o acontecimento.

0:  1:  2:  3:  4:

- 9) Imagens sobre o acontecimento apareciam de repente na minha cabeça.

0:  1:  2:  3:  4:

- 10) Estava com os nervos “à flor da pele”.

0:  1:  2:  3:  4:

- 11) Tentei não pensar sobre o sucedido.

0:  1:  2:  3:  4:

12) Tive consciência que ainda tinha dentro de mim imensos sentimentos relativos ao acontecimento, mas não lidei com eles.

0:  1:  2:  3:  4:

13) Sentia-me anestesiado em relação ao que aconteceu.

0:  1:  2:  3:  4:

14) Dei por mim a agir e/ou a sentir como se estivesse de volta ao tempo em que tudo aconteceu.

0:  1:  2:  3:  4:

15) Tive dificuldades em adormecer.

0:  1:  2:  3:  4:

16) Tive fases em que vivi sentimentos muito fortes relativos ao acontecimento.

0:  1:  2:  3:  4:

17) Tentei apagar o acontecimento da minha memória.

0:  1:  2:  3:  4:

18) Tive problemas de concentração.

0:  1:  2:  3:  4:

19) Tudo o que me fazia recordar o acontecimento causava em mim reações físicas como, por exemplo, transpirar, dificuldades em respirar, náuseas ou taquicardia.

0:  1:  2:  3:  4:

20) Sonhei muitas vezes com coisas relativas ao acontecimento.

0:  1:  2:  3:  4:

21) Senti-me atento e/ou cauteloso.

0:  1:  2:  3:  4:

22) Tentei não falar sobre o acontecimento.

0:  1:  2:  3:  4:

## Anexo F

### Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

(Collins & Read, 1990; adaptado por Canavarro, 1997)

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afetivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.
13. Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.

### Anexo G

#### Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVC)

(Narciso & Costa, 1996)

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação: **1 – Nada satisfeito(a) 2 – Pouco satisfeito(a) 3 – Razoavelmente satisfeito(a) 4 – Satisfeito(a) 5 – Muito satisfeito(a) 6 – Completamente satisfeito(a)**. Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

		Nada Satisfeito/a	Pouco satisfeito/a	Razoavelmente satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a	Completamente satisfeito/a
1	O modo como gerimos a nossa situação financeira.	1	2	3	4	5	6
2	A distribuição de tarefas domésticas.	1	2	3	4	5	6
3	O modo como tomamos decisões.	1	2	3	4	5	6
4	A distribuição das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
5	O modo como passamos os tempos livres.	1	2	3	4	5	6
6	A quantidade de tempos livres.	1	2	3	4	5	6
7	O modo como nos relacionamos com os amigos.	1	2	3	4	5	6
8	O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
9	O modo como nos relacionamos com a minha família.	1	2	3	4	5	6
10	A minha privacidade e autonomia.	1	2	3	4	5	6
11	A privacidade e autonomia do(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
12	A nossa relação com a minha profissão.	1	2	3	4	5	6
13	A nossa relação com a profissão do(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
14	A frequência com que conversamos.	1	2	3	4	5	6

15	O modo como conversamos.	1	2	3	4	5	6
16	Os assuntos sobre os quais conversamos.	1	2	3	4	5	6
17	A frequência dos conflitos que temos.	1	2	3	4	5	6
18	O modo como resolvemos os conflitos.	1	2	3	4	5	6
19	O que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
20	O que o meu(minha) companheiro(a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
21	O modo como expresso o que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
22	O modo como o(a) meu(minha) companheiro(a) expressa o que sente por mim.	1	2	3	4	5	6
23	O desejo sexual que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
24	O desejo sexual que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
25	A frequência com que temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
26	O prazer que sinto quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
27	O prazer que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
28	A qualidade das nossas relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
29	O apoio emocional que dou ao(à) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
30	O apoio emocional que o(a) meu(minha) companheiro(a) me dá.	1	2	3	4	5	6
31	A confiança que tenho no(na) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
32	A confiança que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem em mim.	1	2	3	4	5	6
33	A admiração que sinto pelo(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
34	A admiração que o(a) meu(minha) companheiro(a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
35	A partilha de interesses e actividades.	1	2	3	4	5	6
36	A atenção que dedico aos interesses do(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
37	A atenção que o(a) meu(minha) companheiro(a) dedica aos meus interesses.	1	2	3	4	5	6
38	Os nossos projectos para o futuro.	1	2	3	4	5	6

39	As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
40	As expectativas do(a) meu(minha) companheiro(a) quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
41	O aspecto físico do(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
42	A opinião que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem sobre o meu aspecto físico.	1	2	3	4	5	6
43	As características e hábitos do(a) meu(minha) companheiro(a).	1	2	3	4	5	6
44	A opinião que o(a) meu(minha) companheiro(a) tem sobre as minhas características e hábitos.	1	2	3	4	5	6

## Anexo H

### Pedido de Autorização aos Autores dos Instrumentos

Pedido para a Continuidade do Estudo com a Perinatal Bereavement Grief Scale

Caixa de entrada x



**Mariana Fernandes** <marianafernandes.esaf@gmail.com>

segunda, 5/06, 14:29 (há 13 dias)



para candida ▾

Exma. Sr.ª Prof.ª Maria Cândida Koch

O meu nome é Mariana Sofia Almeida Fernandes e sou estudante do 1.º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga. Sob orientação científica da Prof.ª Doutora Diana Moreira, encontro-me a realizar a dissertação de mestrado que tem como objetivo principal estudar o luto materno e a (in)satisfação conjugal no terceiro trimestre de gestação. Para a realização deste estudo temos ponderado a pertinência de utilizar a Perinatal Bereavement Grief Scale (PBGs). Enquanto autora da versão portuguesa do instrumento, gostaríamos de perguntar, uma vez que já autorizou a utilização desta escala a outras colegas, se seria possível continuar a utilizá-la para efeitos deste trabalho académico?

Agradeço a sua compreensão e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,  
Mariana Fernandes



**Candida Koch** <candidamkoch@gmail.com>

segunda, 5/06, 19:38 (há 13 dias)



para mim ▾

Cara Mariana Fernandes,

agradeço o seu cuidado com os procedimentos éticos. Tem a minha autorização para o uso da PBGS, na sua versão para a população portuguesa. Se necessitar de alguma clarificação estarei ao dispor. Muito sucesso para o seu trabalho.

Os meus cumprimentos.  
Cândida Koch

Pedido para a Continuidade do Estudo com o Inventory of Complicated Grief

Caixa de entrada x



**Mariana Fernandes** <marianafernandes.esaf@gmail.com>

terça, 6/06, 12:12 (há 12 dias)



para jose.ferreirinha.rocha ▾

Exmo. Sr. Prof. Doutor José Carlos Ferreirinha  
Cardoso da Rocha

O meu nome é Mariana Sofia Almeida Fernandes e sou estudante do 1.º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga. Sob orientação científica da Prof.ª Doutora Diana Moreira, encontro-me a realizar a dissertação de mestrado que tem como objetivo principal estudar o luto materno e a (in)satisfação conjugal no terceiro trimestre de gestação. Para a realização deste estudo temos ponderado a pertinência de utilizar o Inventory of Complicated Grief (ICG). Enquanto autor da versão portuguesa do instrumento, gostaríamos de perguntar, uma vez que já autorizou a utilização desta escala a outras colegas, se seria possível continuar a utilizá-la para efeitos deste trabalho académico?

Agradeço a sua compreensão e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,  
Mariana Fernandes



**Jose Carlos Rocha**

terça, 6/06, 13:08 (há 12 dias)



para mim ▾

Olá Mariana! Em primeiro lugar parabéns pelo tema. O ICG é de facto um dos principais instrumentos para a avaliação do luto complicado e que muitos estudos temos realizado com ele. Contudo, pelo facto de neste momento haver uma nova categorização da OMS (ICD11) para o luto prolongado, temos estado mais virados para a IPGDS e que necessita mais de estudos nesta área: <https://www.traumameasuresglobal.com/ipgds> publicado aqui: <https://cpe.psychopen.eu/index.php/cpe/article/view/4159>

Pode contudo reflectir na possibilidade de usar a PGS (Perinatal Grief Scale) como escala específica de luto perinatal. Existe uma dissertação da CESPU que incide especialmente sobre o seu tópico. Creio que é de uma aluna de nome Maria Ferreira. Se não encontrar no repositório da CESPU diga-me que eu passo o link.

## Pedido para a Continuidade do Estudo com o Instrumento Prolonged Grief Disorder Caixa de entrada x



**Mariana Fernandes** <marianafernandes.esaf@gmail.com>

segunda, 5/06, 14:34 (há 13 dias)



para mayrarmani ▾

Exma. Sr.ª Prof.ª Doutora Mayra Armani Delalibera

O meu nome é Mariana Sofia Almeida Fernandes e sou estudante do 1.º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga. Sob orientação científica da Prof.ª Doutora Diana Moreira, encontro-me a realizar a dissertação de mestrado que tem como objetivo principal estudar o luto materno e a (in)satisfação conjugal no terceiro trimestre de gestação. Para a realização deste estudo temos ponderado a pertinência de utilizar o Prolonged Grief Disorder (PG-13). Enquanto autora da versão portuguesa do instrumento, gostaríamos de perguntar, uma vez que já autorizou a utilização desta escala a outras colegas, se seria possível continuar a utilizá-la para efeitos deste trabalho académico?

Agradeço a sua compreensão e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,  
Mariana Fernandes



**Mayra Armani Delalibera**

segunda, 5/06, 22:25 (há 13 dias)



para mim ▾

Boa noite Maria Fernanda, autorizo a utilização do PG-13, tenha apenas em atenção os critérios a serem cumpridos para a utilização do instrumento. Segue em anexo o instrumento, os critérios de cotação e o artigo de validação.

Bom trabalho,

**Mayra Delalibera**

*Psicóloga, Mestre em Cuidados Palliativos, Doutora em Psicologia da Saúde*

## Pedido para a Continuidade do Estudo com a Impact of Event Scale – Revised Caixa de entrada x



**Mariana Fernandes** <marianafernandes.esaf@gmail.com>

segunda, 5/06, 14:45 (há 13 dias)



para cristinaperestrelovieira ▾

Exma. Sr.ª Prof.ª Doutora Cristina Perestrelo Vieira

O meu nome é Mariana Sofia Almeida Fernandes e sou estudante do 1.º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga. Sob orientação científica da Prof.ª Doutora Diana Moreira, encontro-me a realizar a dissertação de mestrado que tem como objetivo principal estudar o luto materno e a (in)satisfação conjugal no terceiro trimestre de gestação. Para a realização deste estudo temos ponderado a pertinência de utilizar a Impact of Event Scale – Revised (IES-R). Enquanto autora da versão portuguesa do instrumento, gostaríamos de perguntar, uma vez que já autorizou a utilização desta escala a outras colegas, se seria possível continuar a utilizá-la para efeitos deste trabalho académico?

Agradeço a sua compreensão e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,  
Mariana Fernandes



**Cristina Perestrelo Vieira**

segunda, 5/06, 15:19 (há 13 dias)



para mim ▾

Cara Mariana Fernandes,

É com gosto que tomo conhecimento do seu projeto e autorizo a utilização da escala para o estudo em causa.

Atenciosamente

## Pedido para a Continuidade do Estudo com a Escala de Vinculação do Adulto



**Mariana Fernandes** <marianafernandes.esaf@gmail.com>  
para moccanavarro ▾

terça, 6/06, 15:05 (há 12 dias) ☆ ↶ ⋮

Exma. Sr.ª Prof.ª Doutora Maria Cristina Canavarro

O meu nome é Mariana Sofia Almeida Fernandes e sou estudante do 1.º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga. Sob orientação científica da Prof.ª Doutora Diana Moreira, encontro-me a realizar a dissertação de mestrado que tem como objetivo principal estudar o luto materno e a (in)satisfação conjugal no terceiro trimestre de gestação. Para a realização deste estudo temos ponderado a pertinência de utilizar a Escala de Vinculação do Adulto (EVA). Enquanto autora da versão portuguesa do instrumento, gostaríamos de perguntar, uma vez que já autorizou a utilização desta escala a outras colegas, se seria possível continuar a utilizá-la para efeitos deste trabalho académico?

Agradeço a sua compreensão e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos.  
Mariana Fernandes



**Catarina Cardoso** <catarinafsc@live.com.pt>  
para mim ▾

sexta, 9/06, 14:35 (há 9 dias) ☆ ↶

Exma. Mariana Fernandes,

Para ter acesso a todas as informações que necessita relativas ao instrumento de avaliação EVA – Escala de Vinculação do Adulto, peço-lhe que acesse ao website do nosso grupo de investigação através do seguinte link: <http://www.fpce.uc.pt/saude/EVA.html>  
Peço, também, que confirme a receção do presente email.

Com os melhores cumprimentos,  
Catarina Cardoso

## Pedido para a utilização da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal

Caixa de entrada x



**Mariana Fernandes** <marianafernandes.esaf@gmail.com>  
para inarciso@psicologia.ulisboa.pt ▾

quarta, 7/06, 20:16 (há 11 dias) ☆ ↶ ⋮

Exma. Sr.ª Prof.ª Doutora Isabel Narciso

O meu nome é Mariana Sofia Almeida Fernandes e sou estudante do 1.º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga. Sob orientação científica da Prof.ª Doutora Diana Moreira, encontro-me a realizar a dissertação de mestrado que tem como objetivo principal estudar o luto materno e a (in)satisfação conjugal no terceiro trimestre de gestação. Para a realização deste estudo, temos ponderado a pertinência de utilizar a Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC). Enquanto autora da versão portuguesa do instrumento, gostaríamos de perguntar se seria possível utilizá-la para efeitos deste trabalho académico? Caso considere viável, poderia, por favor, ceder-nos eventuais referências que recomende para apoiar a sua utilização?

Agradeço a sua compreensão e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos.  
Mariana Fernandes



**Isabel Santa Barbara Narciso**  
para mim ▾

quinta, 8/06, 08:57 (há 10 dias) ☆ ↶ ⋮

Cara Mariana Fernandes

Está autorizada usar a EASAVIC.

Aqui vão dados de que pode precisar, e uma referência que lhe pode ser útil:

Ferreira, L. C., Narciso, I., Novo, R., & Pereira, C. (2014) Predicting couple satisfaction: The role of differentiation of self, sexual desire and intimacy in heterosexual couples. *Sexual and Relationship Therapy*. 29(4), 390-404. doi:10.1080/14681994.2014.957498

Os meus cumprimentos

## Anexo I

### Consentimento Informado

No âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Braga, encontro-me a elaborar a dissertação de mestrado sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Diana Moreira ([dimoreira@ucp.pt](mailto:dimoreira@ucp.pt)). Esta tem como principal objetivo estudar a relação entre a perda perinatal, o processo de luto e os níveis de (in)satisfação conjugal. Este estudo destina-se a mães de nacionalidade portuguesa que vivenciaram, há mais de seis meses, pelo menos uma perda perinatal no terceiro trimestre de gestação.

Desta forma, vimos por este meio solicitar a sua colaboração neste trabalho académico, cujo tempo necessário para o preenchimento do formulário é de aproximadamente 15/20 minutos. Solicitamos que responda a cada questão com a maior abertura e sinceridade possível, salientando que não existem respostas certas nem erradas. Os dados serão apenas considerados para esta investigação, sendo garantido o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas. A sua participação é voluntária, pelo que pode desistir a qualquer momento se assim for a sua vontade, não existindo qualquer prejuízo. Contudo, a sua participação é muito importante, uma vez que contribuirá para o crescimento da investigação acerca da perda perinatal e das suas implicações a nível individual e relacional. Após a finalização do estudo poderá conhecer os principais resultados obtidos, se assim o desejar. Agradecemos, desde já, a sua disponibilidade e amabilidade. Caso necessite de algum esclarecimento poderá entrar em contacto com a docente ou com a investigadora através do seguinte email: [s-msafernandes@ucp.pt](mailto:s-msafernandes@ucp.pt).

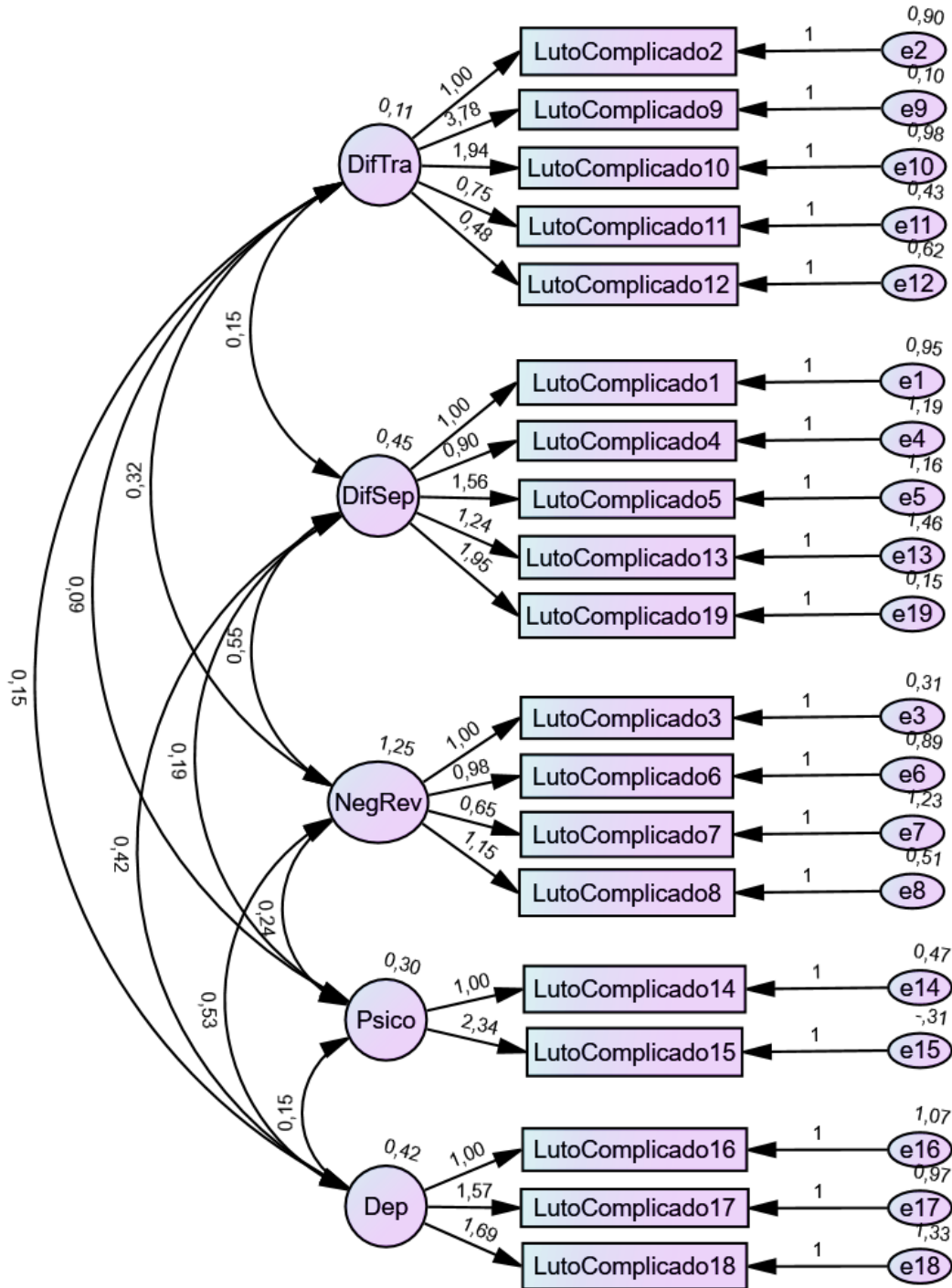
Solicitamos que confirme se aceita ou não participar no estudo, assinalando a opção abaixo de acordo com a sua vontade.

Sim, aceito participar

Não, não aceito participar

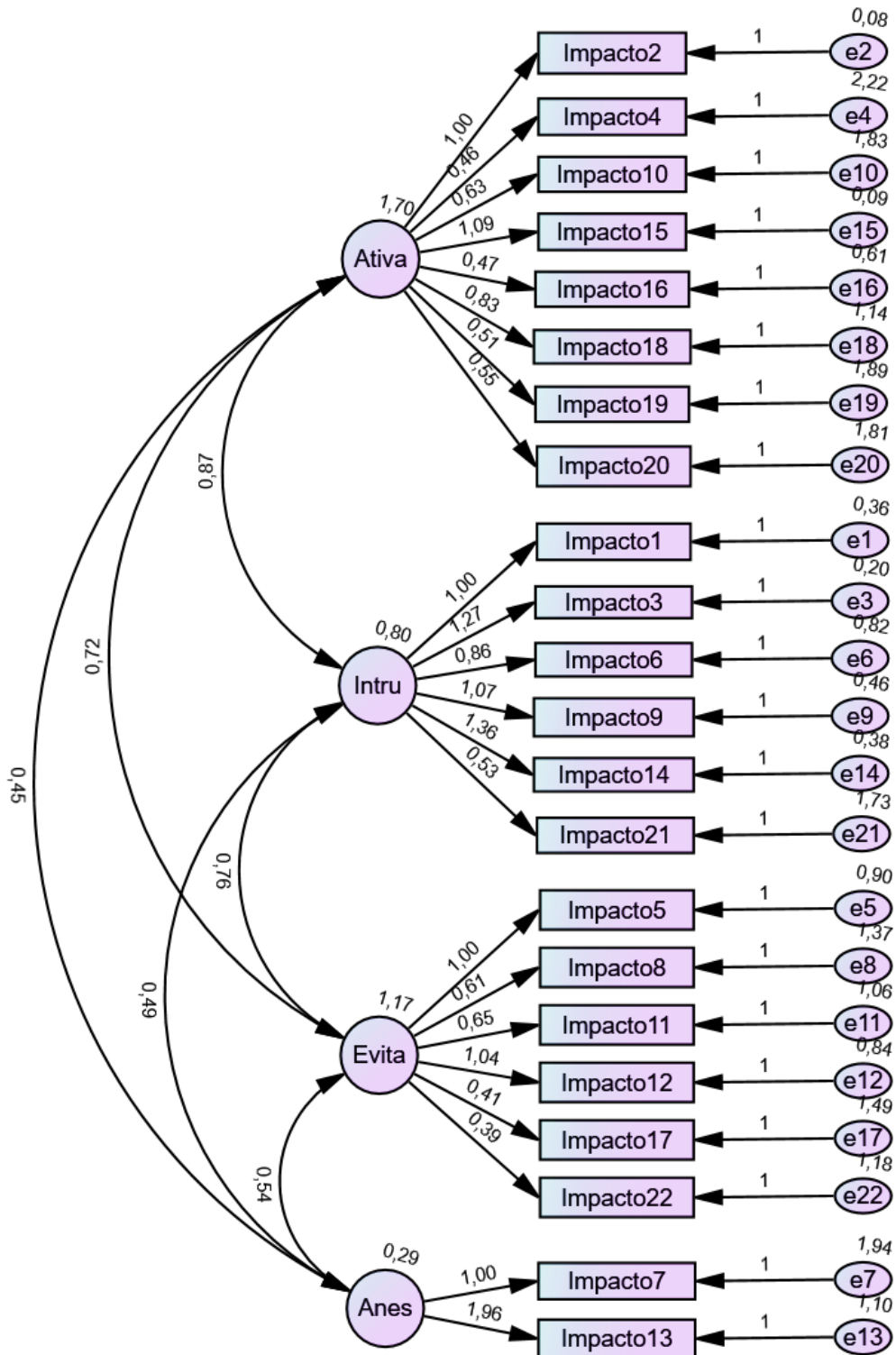
Anexo J

Análise Fatorial Confirmatória do *Inventory of Complicated Grief (ICG)*



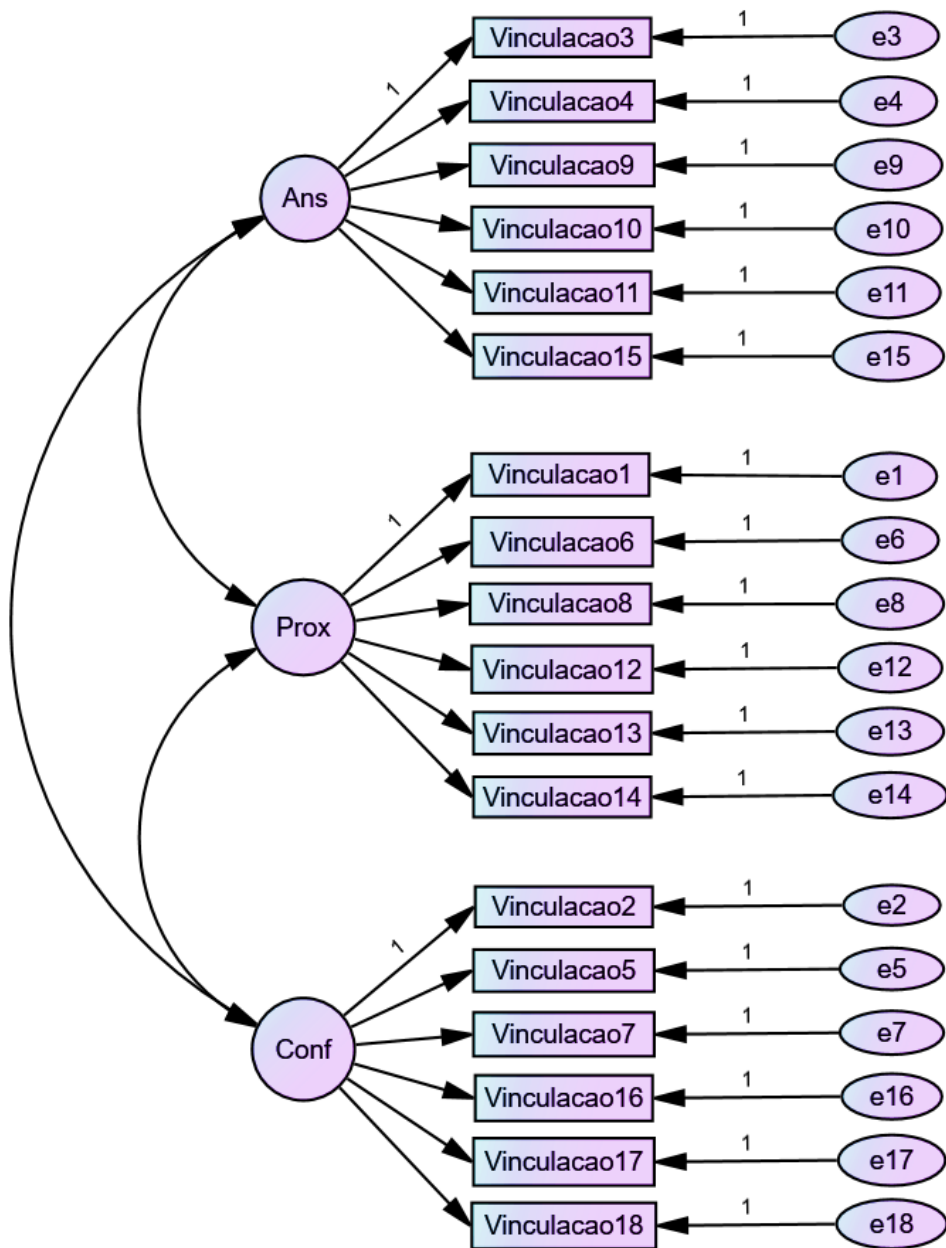
Anexo K

Análise Fatorial Confirmatória da *Impact of Event Scale – Revised (IES-R)*



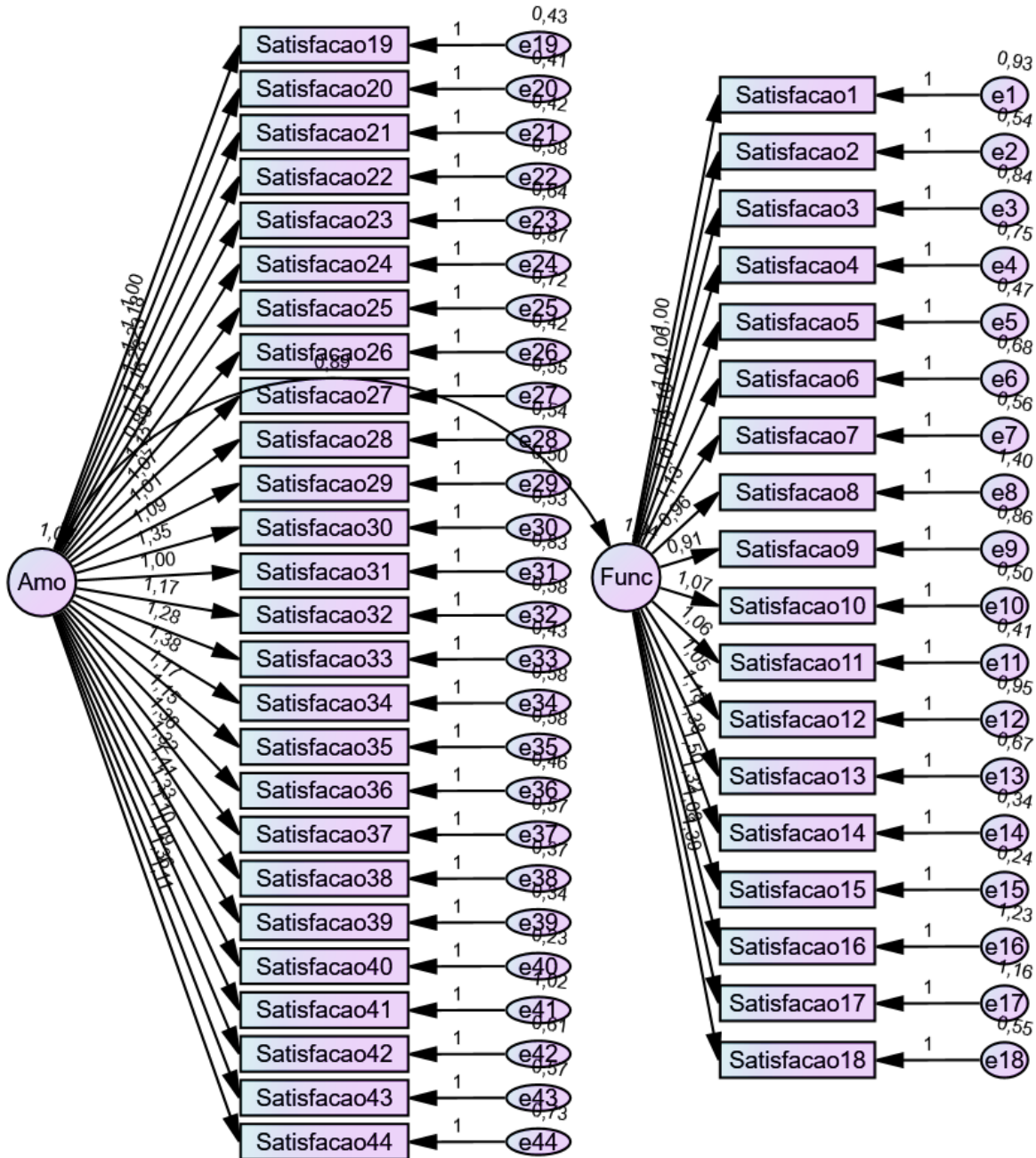
## Anexo L

## Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Vinculação do Adulto (EVA)



Anexo M

Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVC)



**Anexo N**  
**Cronograma**

<b>Tarefas</b>	<b>março a julho 2023</b>	<b>outubro a dezembro 2023</b>	<b>janeiro a março 2024</b>	<b>abril a junho 2024</b>	<b>julho a outubro 2024</b>
Escolha do tema de investigação					
Enquadramento teórico					
Plano metodológico					
Retificação do enquadramento teórico					
Retificação do plano metodológico					
Preparação da recolha de dados					
Recolha de dados					
Análise quantitativa dos dados					
Descrição e discussão dos resultados					
Considerações finais					