



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# O processo de luto parental após a perda gestacional: um estudo qualitativo

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Maria Inês Santos Costa*

Porto, julho de 2019



CATÓLICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# O processo de luto parental após a perda gestacional: um estudo qualitativo

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Maria Inês Santos Costa*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Elisa Veiga

Porto, julho de 2019

## **Agradecimentos**

À minha família, principalmente, ao meu pai e à minha mãe, pela confiança e força que sempre depositaram em mim. Por me convencerem, todos os dias, que “vou tentar e vou conseguir”! Sem vocês, não seria metade do que sou hoje.

Ao Gabriel pelo apoio, compreensão, companheirismo e amor, que sempre me deu e transmitiu. Obrigada por seres tu a apaixonares-me todos os dias!

Ao Tiago e ao Samuel, por nunca terem duvidado de mim e por me terem ajudado incondicionalmente durante este percurso. Obrigada pela amizade sincera que temos!

Aos meus amigos de longa data e aos recentes, que me acompanharam durante todo o meu percurso académico. Obrigada pela partilha de sabedoria e da amizade que se manterá por muitos mais anos.

À Prof<sup>a</sup> Dra. Elisa Veiga, por sempre ter acreditado em mim e pela dedicação e ajuda imprescindível durante todo este percurso. Obrigada por todo o carinho e encorajamento transmitido!

À Dra. Sandra Cunha, pela sua disponibilidade e apoio!

Aos participantes, pais e mães, pela confiança e abertura que tiveram para comigo num tema que lhes é sempre difícil, sem vocês nada do que concretizamos seria possível. Obrigada!

Por último, um agradecimento especial a todos os anjos referidos, que nunca serão esquecidos!

## Índice

<b>Introdução</b> .....	1
<b>Enquadramento</b> .....	2
O ciclo de vida da família.....	2
A Perda gestacional .....	4
O impacto da perda no casal e o processo de luto .....	8
<b>Método</b> .....	11
Objetivos.....	11
Participantes .....	12
Instrumentos .....	13
<b>Procedimento</b> .....	14
Recolha de Dados .....	14
Tratamento e Análise de Dados.....	15
<b>Apresentação e discussão dos resultados</b> .....	15
<b>Conclusão</b> .....	28
<b>Referências</b> .....	29
<b>Anexos</b> .....	38

## Índice de Tabelas

<b>TABELA 1- Caracterização da amostra .....</b>	<b>13</b>
--------------------------------------------------	-----------

## **Índice de Anexos**

**ANEXO 1** – Consentimento Informado

**ANEXO 2** – Questionário Sociodemográfico

**ANEXO 3** – Sistema Geral de Categorias

## **Lista de Abreviaturas**

**APA-** American Psychiatric Association

## Resumo

A perda gestacional é um dos lutos mais complexos e com pouca validação social, uma vez que ainda é negligenciado o facto de ambos os pais sofrerem.

Neste sentido, procurou-se compreender qual a percepção, do pai e da mãe, acerca do processo de luto, na perda gestacional, designadamente sobre o impacto na esfera pessoal e conjugal.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, através de uma metodologia qualitativa, a seis participantes, portanto, três casais, que vivenciaram a perda de um filho por morte fetal. A posterior análise dos dados foi orientada segundo os princípios da *Grounded Theory*.

Como principais resultados, evidencia-se que as reações dos participantes vão de encontro ao que a literatura defende como sendo as principais reações adaptativas, a um processo de luto, desde o choque até à aceitação da perda. Ao nível do casal, salienta-se que a perda de um filho manifesta impacto no casal, nomeadamente, na comunicação entre os membros, podendo constituir-se como um fator de risco para o equilíbrio da relação conjugal.

Nesta perspetiva, o conhecimento desta vivência, traz contributos para a compreensão de novas abordagens aos casais, que vivenciaram uma perda gestacional, tendo em conta as especificidades dos pais e das mães que sofrem de maneira distinta.

### **Palavras-chave:**

*coping* diádico; parentalidade; perda gestacional; processo de luto; vinculação.

## **Abstract**

Gestational loss is one of the most complex griefs and with little social validation, since it is still neglected that both parents suffer.

In this sense, we sought to understand the perception of the father and mother about the process of mourning, about gestational loss, namely about the impact on the personal and marital sphere.

Semi-structured interviews were carried out, using a qualitative methodology, to six participants, therefore, three couples, who experienced the loss of a child due to fetal death. The subsequent analysis of the data was oriented according to the principles of Grounded Theory.

As main results, it is evident that the reactions of the participants are according to what the literature considers as the main adaptive reactions to a process of mourning, from shock to acceptance of loss. At the level of the couple, it is worth noting that the loss of a child has an impact on the couple, namely on communication among members, and may constitute a risk factor for the balance of the relationship.

In this perspective, the knowledge of this experience, brings contributions to the understanding of new approaches to couples, who experienced a gestational loss, taking into account the specifics of parents and mothers who suffer in a different way.

### **Keywords:**

dyadic coping; parenting; gestational loss; process of mourning; attachment.

## **Introdução**

O luto como processo, assume diversas formas. Torna-se pertinente perceber que o luto não se restringe apenas à presença da morte, estando presente nas ruturas matrimoniais, com amigos, na mudança para outro país, entre outros. Este sentimento pode ser concebido como um mecanismo inerente à psique humana.

Relativamente à perda gestacional, além do sofrimento inerente à perda do bebé desejado existem outras perdas adicionais que intensificam o processo de luto. Além disto, pode constituir-se como a primeira experiência de luto dos pais, tendo impacto em ambos, comprometendo a capacidade de apoio mútuo (Kavanaugh & Wheeler, 2003; Lang, Goulet, & Amsel, 2004). A perda gestacional é dos lutos mais complexos, com pouca validação social, por existir pouco entendimento acerca da criação de uma ligação forte entre bebé e pais no período gestacional. Este cenário apela ao estudo da questão, procurando abordar a perspectiva do casal.

Este estudo, teve como objetivo, compreender a perceção do pai e da mãe acerca do processo de luto, na perda gestacional, designadamente o impacto ao nível pessoal e na dinâmica conjugal, utilizando uma abordagem qualitativa.

Seguidamente, apresenta-se uma contextualização do ciclo de vida familiar e a sua visão sistémica, seguindo-se a questão da perda gestacional, o impacto da perda da criança na vida dos pais, no casal e as várias formas como este procura fazer sentido dessa perda. Essa variação levanta diversas teorias de luto, as quais também serão abordadas.

## **Enquadramento**

### **O ciclo de vida da família**

O ciclo vital da família assenta numa sequência previsível de transformações na organização familiar (Alarcão, 2007). Para esta investigadora, as etapas do ciclo vital sofrem alterações consoante a visão de certos autores, mesmo que sejam parcialmente consensuais os seguintes critérios de diferenciação: o aparecimento de novos elementos e de novos subsistemas; tarefas de desenvolvimento a realizar e, posteriormente, mudanças estruturais; por fim, a saída de elementos do seio familiar. A conceptualização do ciclo vital familiar e suas etapas têm tido como ponto de partida a família tradicional, composta por pai, mãe e filhos, e a idade da evolução do filho mais velho.

A construção do casal pode ser a base de uma família. Conjugalidade refere-se à diáde conjugal, traduzindo-se num espaço de apoio favorável ao desenvolvimento familiar (Machado, 2007). Há que negociar a vivência a dois, implicando decisões no quotidiano, que pressupõem ganhos e perdas (Aboim, 2006). Isto constrói a identidade do casal e leva à realização do projeto comum (Carter & McGoldrick, 1995). É assim que o casal desenvolve várias soluções para lidar com o stress intra e extrafamiliar. (Sousa, 2006). Neste sentido, a formação do casal é considerada uma das tarefas mais complexas dentro do ciclo vital familiar, sendo vista como uma dinâmica contínua, que molda a resistência perante diversas circunstâncias. Tal pressupõe a interpretação dos fenómenos, como a satisfação conjugal, variável consoante os anos de convívio, e cuja resiliência também é testada pelo tempo.

Segundo Thompson (1998 cit. Narciso, 2001), a satisfação conjugal resulta da avaliação subjetiva de cada parceiro sobre a sua relação.

Por outro lado, a angústia no casamento e o conflito conjugal não normativo podem originar disfunções e psicopatologias (Litzinger & Gordon, 2005). Os critérios de satisfação são diferentes para o homem e para a mulher (Hernandez & Oliveira, 2003). Os homens possuem uma visão mais positiva da sua relação conjugal, enquanto que as mulheres são mais exigentes (Narciso & Ribeiro 2009). A comunicação também é vista como uma componente essencial à satisfação conjugal (Merves-Okin, Amidon & Bernt, 1991). Considera-se a comunicação como uma interação entre duas pessoas, onde existe a emissão de uma mensagem, por parte de um interlocutor, e a receção da mesma,

por parte de um recetor. (Figueredo, 2005). Segundo Figueiredo (2005), a comunicação efetua-se num panorama de socialização, suscitando um posterior reconhecimento (Figueredo, 2005).

A proximidade dos indivíduos pode ser fomentada por: atração física e intelectual, empatia, respeito, projeto de vida em comum, compreensão, partilha de tarefas domésticas, personalidades semelhantes, reciprocidade na tomada de decisões, entre outros (Narciso & Ribeiro 2009).

Desta conjugalidade, oficializada ou não por um casamento, pode dar-se o nascimento de um filho. Este acontecimento implica uma série de novos papéis e novas formas de relacionamento. É uma etapa onde ocorrem maiores mudanças no funcionamento familiar (Magagnin et al., 2003).

Um estudo realizado por Menezes e Lopes (2007) evidenciou que o envolvimento emocional do casal na fase anterior ao nascimento do filho repercute-se na manutenção da conjugalidade. Os casais apresentaram um maior envolvimento emocional e conjugal, para além do sentimento de continuidade da relação antes do nascimento do bebé, com a transição para a parentalidade. Aqueles que apresentavam afastamento emocional demonstraram maior dificuldade na manutenção da conjugalidade, estando mais suscetíveis à crise. Entende-se que a transição para a parentalidade tanto pode proporcionar qualidade conjugal como um declínio na mesma.

Para o desenvolvimento da parentalidade é importante a atribuição dos papéis parentais, nos quais o casal reorganizará a relação abrindo espaço para a aprendizagem e para o exercício da parentalidade. Neste sentido, não podemos esquecer o papel do pai, que também passa por esta transição. O caminho do pai difere do da mãe pelo facto de esta sentir o filho crescer dentro de si.

Pode-se inferir que surgem muitas mudanças na estrutura familiar devido a fatores socioeconómicos e culturais, que afetam o modo de vida dos indivíduos e a maneira como interagem com o meio (Arruda & Lima, 2013). É neste sentido que hoje em dia não existe um modelo familiar único (Jablonski, 2010; Matos & Magalhães, 2014).

## **A Perda gestacional**

A gravidez revela-se um período marcante na vida da mulher. São várias as alterações físicas e psicológicas durante o processo gravídico. Segundo Colman e Colman (1994), a gravidez pode ter vários significados para a mulher. Para muitas, estar grávida é o “trabalho” que maior relevância tem na sua vida, contribuindo para a sua satisfação pessoal. A vinculação materno-fetal caracteriza-se por um processo em que a energia psicológica da mãe está emocionalmente investida no feto (Bibring, 1959; Benedek, 1958).

No seio social, espera-se que a mulher se revele uma cuidadora perfeita e, ao mínimo descuido, é intitulada como “má mãe”. Na perspectiva de Colman e Colman (1994), esta pressão social de “boa ou má mãe” é transportada para a progenitora, deixando-a receosa. Mas a própria também poderá pôr em causa o seu papel enquanto mulher, panorama que se agudiza com a perda de um filho.

Esta perda é entendida por perda gestacional, e depende de um conjunto de situações que podem estar presentes durante a gestação ou até mesmo após o parto. Estas podem englobar aborto espontâneo, morte-fetal, morte neonatal, entre outros tipos de perda escudados em certas causas (Hanvey, 2002), como, por exemplo, implicações obstétricas ou de parto, problemas de saúde da mãe, ou, em alguns casos, desconhecidas (WHO, 2006). Porém, o período gestacional, aparentemente, não apresenta exatidão quanto aos motivos da perda. A mortalidade fetal precoce relaciona-se com os abortos e idades gestacionais compreendidas entre a concepção e a 20ª semana. Já a mortalidade fetal tardia é aquela que ocorre a partir da 28ª semana.

Os pais caracterizam a perda como uma experiência devastadora (Sanders, 1999), por esta causar mudanças nos campos emocionais, físicos, financeiros, espirituais e sociais (Rando, 2000). O luto é uma resposta individual, constituindo momentos traumatizantes com consequências passíveis de repercussão numa próxima gestação (Santos, 2015). A intensidade desse mesmo luto é determinada pelo grau de vinculação constituído. Assim, do lado da mãe, atendendo à teoria da vinculação de Bowlby (1952), a ligação criada entre esta e o bebé influencia relacionamentos futuros e o desenvolvimento social e psicológico ao longo da vida. Tais laços afetivos iniciam-se no útero (Bowlby, 1952). Do lado do pai, embora o homem não engravide, esta experiência torna-se um processo vivido a dois. Segundo Condon (1993), o feto assume para o pai uma representação

interna constituída por uma mistura de fantasia e realidade. Os homens acompanham o processo da gravidez através das emoções, interrogações e projeções futuras (Camus, 2002; Delmore-Ko et al., 2000). Com isto, também geram angústias ao longo da gestação.

Estas repercussões emocionais legitimam a relação, que Bowlby (1998) estabeleceu entre esta sua teoria de vinculação e a teoria do luto. Nesta última, o autor estrutura e divide em quatro fases a reação despoletada pela perda de uma pessoa significativa. A primeira fase é a do choque, predominando sentimentos de raiva e de aflição. A segunda caracteriza-se pela procura e anseio da figura que partiu. Na terceira vigoram o desespero e desorganização. Por último, existe um maior ou menor grau de reorganização. É neste sentido que o indivíduo procura recursos para fazer sentido da perda, numa busca constante de ressuscitar uma estabilidade. Ao vivenciar este rompimento, os recursos internos podem não ser insuficientes para superar adaptativamente a perda. Quando isto acontece, estamos na presença de um luto patológico (APA, 2013). São diversas as variáveis cognitivas que se relacionam com a severidade dos sintomas deste luto, tais como ansiedade de separação e de angústia traumática, depressão e ansiedade. Estas variáveis concernem crenças globais negativas sobre si e sobre o mundo (Boelen, Bout e Hout, 2003). A maneira como um indivíduo lida com as perdas está intimamente ligada à forma como se estabeleceram as relações vinculativas com a figura de vinculação (Marinho et al., 2007).

Enquanto Bowlby aborda este processo estruturando-o por etapas, Worden (1998) apresenta tarefas pelas quais a pessoa age em resposta ao seu sofrimento. Para o mesmo autor, o trabalho de luto só se completa quando se cumprem quatro tarefas: aceitação da realidade da perda; elaboração da dor da perda; ajustar-se ao ambiente onde falta a pessoa falecida e, por fim, na última e quarta tarefa, reposicionar, continuando em contacto com os pensamentos e memórias associadas à pessoa que faleceu (Worden, 1998).

Já Kübler-Ross (2008) definiu 5 fases deste processo, que permitem compreender melhor a evolução do enlutado. A primeira fase é a da **negação** da perda. A segunda é a da **raiva**. A terceira, a da **negociação**, que surge quando se começa a perceber a perda como uma hipótese. Na quarta fase, a **depressão**, fruto do reconhecimento da inevitabilidade da perda. Por fim, a **aceitação** da perda (Kübler-Ross, 2008).

Ainda neste contexto, interessa referir o Modelo do Processo Dual do Luto, de Stroebe e Schut (2010; 2016). Define-se por estratégias de *coping* que ajudam o indivíduo a adaptar-se à situação vivenciada de forma a diminuir o stress ocasionado (Stroebe & Schut, 2010; 2016). O processo de adaptação e construção de significado ocorre a partir do *coping* orientado para a perda, assente na procura da pessoa perdida e despoletando afetividade, negação, entre outras sensações. Em segundo lugar, o *coping* orientado para a reestruturação diz respeito à adaptabilidade exigida pela perda. Nesta linha, Tedeschi e Calhoun (1996), descrevem que o luto adaptativo deve-se a mudanças na perceção do *self*, nas relações interpessoais e na filosofia de vida. Assim sendo, o aumento da apreciação da vida, das relações interpessoais, do sentimento de força pessoal e as mudanças de prioridades (Taku et al., 2009) permitem ao indivíduo atribuir significado à perda, de forma a experienciar o que o rodeia como previsível e compreensível.

Por último, a oscilação entre um e outro (Stroebe & Schut, 2010; 2016). Este processo é necessário, pois a pessoa tanto pode estar voltada para a perda e noutro para a restauração. Neimeyer e colaboradores (2006), ressaltaram a importância das ligações contínuas com a pessoa que morreu. A capacidade de os enlutados atribuírem significado à perda, conduz a menos sintomas de luto complicado e a uma melhor adaptatividade ao processo de luto saudável.

Concluimos que o processo de luto compreende várias especificidades. O impacto e a reação perante a perda não se relacionam somente com a morte do bebé, mas também com as expectativas criadas antes e após a concepção (Santos, 2015). Os pais enlutados lidam com a perda real e simbólica do bebé, criando sentimentos de fracasso ou culpa. Do ponto de vista de Lemos e Cunha (2015), a mulher, por ser aquela que carrega o filho no ventre, poderá manifestar um maior sentimento de culpa, por receio de ter sido negligente. (Lemos e Cunha, 2015).

O facto de ambos os parceiros sofrerem uma perda significativa, diferencia o sofrimento dos pais de muitas outras formas de luto. Estes devem abordar o impacto da morte como indivíduos, e reestruturar o seu relacionamento como casal (Rando, 2000 cit. Albuquerque, 2018).

Recorrentemente, a ocorrência deste tipo de perdas é inesperada e imprevisível. Assim, a perda gestacional revela-se traumática, implicando reações intensas (algumas abordadas nas teorias de luto acima citadas), que, quando acentuadas, exigem atenção

clínica (Rolim & Canavarro, 2001). A sua persistência poderá desencadear crises de ansiedade, stress pós-traumático ou perturbações depressivas até alguns meses após a perda (Kersting et al., 2011). Além disso, a adaptação psicológica a uma nova gravidez é afetada (Kersting et al., 2011). A nível psicológico e emocional evidenciam-se sentimentos comuns entre homens e mulheres, como a solidão, tristeza associada a lugares e pessoas, culpa, raiva, irritabilidade, vazio, ansiedade, choque, depressão, desespero, desilusão, desesperança e fracasso (Callister, 2006; Fonseca, 2008, Hunt & Greeff, 2011). A nível cognitivo, sentimentos de confusão, baixa autoestima, dificuldades de concentração e memória, e preocupações com o bebé. Na dimensão comportamental podem surgir agitação, fadiga, choro, isolamento e tendência para evitar estímulos associados ao bebé ou à gravidez (Callister, 2006; Fonseca, 2008). Ademais, apresentam, também, queixas somáticas (Hunt & Greeff, 2011). Apesar de existirem reações comuns entre pais e mães, verificou-se que os pais podem expressar a sua tristeza através de frustração, fracasso no exercício parental, enquanto que as mães significavam o luto através do choro e necessidade de falar (Avelinet al, 2013). A interiorização das emoções por parte dos homens leva a que o seu sofrimento seja ignorado, e que se encare o seu papel como suporte às suas companheiras, o qual pode originar fadiga, stress e mal-estar (Doka, 2000; Serrano & Lima 2006). Segundo Dyregrov e Dyregrov (2015), os homens retornam facilmente à vida quotidiana por se focarem menos nas suas emoções.

A intensidade destas reações pode ser exacerbada por certos fatores reguladores, que determinam a forma como as pessoas experienciam o luto e que podem aumentar o perigo da não superação do mesmo, repercutindo-se na saúde mental, física e na recuperação (Barreto et al., 2008). Os fatores de risco podem ser em relação ao vínculo (intensidade do vínculo e dependência afetiva), indicadores afetivos (raiva, culpa, incapacidade de expressar emoções), indicadores de vulnerabilidade psíquica (antecedentes psicopatológicos), indicadores contextuais relativos ao processo gestacional (gestação na adolescência; vivência anterior de perda gestacional) e indicadores contextuais familiares (ausência de companheiro e vivência de maus tratos e negligência na infância) (Worden, 2009; Defey, 1992 in Rios, 2013).

Nestas situações, os pais poderão enfrentar falta de recursos para lidar com a perda, a qual pode ser evidenciada pela falta de informação por parte dos membros da rede social no que concerne ao apoio, e pela desvalorização da perda – vista socialmente

como um elemento menos significativo comparativamente à morte de uma criança mais velha ou de um adulto (Rolim & Canavarro, 2001).

Acerca do modo como a perda gestacional é encarada pela grávida, pode variar, dependendo da forma como encara o processo gravídico (sentido de forma diferente por cada mulher, na base das expectativas lançadas), (Moulder, 1994; Defey et al. 1992 cit. Rios, 2016). Apesar da maioria dos estudos, como os de Moulder (1994) e Defey (1992 cit. Rios, 2016), entenderem este aspeto como o mais decisivo na forma como a grávida encara a perda, existe, porém, quem defenda o impacto da altura em que ocorre a morte do feto, precoce ou tardia.

As singularidades de cada período culminam em diferenças na forma de elaborar o luto, ou seja, quando a perda gestacional ocorreu precocemente, o processo de luto processa-se na base do imaginário e das expectativas (Cabral, 2005). Quando ocorre tardiamente, é realizado de uma forma mais particular, porque existe a presença de um corpo e ecografias do bebé. Na perspetiva de Rolim e Canavarro (2001), as perdas ocorridas no último trimestre da gravidez têm uma singularidade, pois pressupõem uma maior comunicação entre a mãe e o bebé, movimentos fetais e uma maior perceção do corpo do bebé a crescer.

### **O impacto da perda no casal e o processo de luto**

Do ponto de vista sistémico, a morte na família envolve múltiplas perdas, como a perda da pessoa; de papéis e de relações; da unidade familiar; e de esperanças e sonhos (Walsh & McGoldrick, 1998). Quando o sofrimento resultante da perda de alguém próximo não é reconhecido, podem-se precipitar reações fortes noutras relações, desde um distanciamento marital até uma substituição precipitada, relações extraconjugais e incesto (Walsh & McGoldrick, 1998).

Os cenários supracitados são determinantes na construção da resiliência familiar. No que diz respeito à formulação desta resiliência, o luto e a adaptação não têm um tempo fixo ou uma sequência linear. Existem, porém, desafios adaptativos na família que, se não forem ultrapassados, deixam os familiares vulneráveis à disfunção (Walsh & McGoldrick, 1998). Assim, este conceito desenrola-se ao longo do tempo e implica a participação individual, familiar e sociocultural (Walsh, 2016). As estratégias que o

casal utiliza, individuais ou diádicas, para enfrentar situações causadoras de stresse, permite-lhes confrontarem obstáculos e lidarem melhor com a crise, contribuindo para um aumento da resiliência conjugal.

As díades resilientes apresentam mais recursos, como a resolução conjunta de problemas, a partilha de sentimentos e compromisso mútuo, permitindo-lhes crescer ao enfrentarem os desafios.

Numa lógica interativa, onde existem evidências de um contágio emocional, apuramos que o casal se influencia mutuamente durante o processo de luto e que o sucesso de uma relação após a perda depende não só das estratégias individuais de *coping*, que é o conjunto de estratégias desenvolvidas pelo sujeito para lidar com situações de dor e sofrimento (Lazarus & Folkman (1984), mas também do *coping* interativo (Albuquerque, 2018; Stroebe & Schut, 2013).

A comunicação entre o casal é das vertentes mais afetadas pela perda gestacional. Kamm e Vanderberg (2001), evidenciaram como a comunicação ajuda os casais a suportarem o processo de luto em conjunto. Recentemente, Toller e Braithwaite (2009) identificaram contradições entre parceiros enlutados, os quais podem necessitar chorar pela perda individualmente ou em conjunto, encontrando-se disponíveis ou não para conversar com o outro sobre a morte do filho. Dada a profundidade dolorosa do evento, os pais indicaram a necessidade de falar entre si sobre a morte do filho para desabafarem e compartilharem emoções. Simultaneamente, a dor era muitas vezes tão agonizante que precisavam distanciar-se para darem espaço ao cônjuge (Toller & Braithwaite, 2009). Em contrapartida, Bergstraesser e colaboradores (2014) relataram que os pais que encontraram alternativas para a necessidade de conversar, tal como um amigo, e aceitaram o modo de luto do parceiro, pareciam não sofrer tanto como aqueles cuja expressão de luto se confinou ao casal. Neste sentido, a presença do suporte social informal, de amigos e de familiares tem um papel fundamental no suporte fornecido aos pais enlutados na elaboração individual do processo de luto (Carvalho & Meyer, 2007), assim como o suporte formal por parte da assistência médica, após a perda gestacional, visto que podem prestar um suporte emocional imediato (Duarte & Turato, 2009). Estes autores ainda apresentam estudos (St John, Cooke & Goopy, 2006) que salientam a falta de assistência médica nestes casos, que poderá agudizar alguns sintomas emocionais, cognitivos ou comportamentais.

Segundo McGreal, Evans e Burrows (1997), as mulheres tendem a procurar mecanismos de redução do stress através do suporte espiritual e noutras mulheres que tenham passado pelo mesmo. Normalmente, como referido na discussão dos resultados, estas sentem maior necessidade de falar, e tendem a querer que o companheiro se expresse mais (Cacciatore, DeFrain, Jones & Jones, 2008), sentindo, desta forma maior suporte da parte dele. No entanto, os homens tornam-se menos comunicativos, tentando amenizar a dor da companheira, causando mais sofrimento no casal (Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001). Devido às diferenças de género, as dificuldades de comunicação criam-se pela presença de situações mal-entendidas (Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001). A mulher, frequentemente, interpreta níveis mais baixos de tristeza no seu parceiro e respetiva resistência em falar, como um sinal de desinteresse por ela e pelo bebé falecido. Por outro lado, o homem interpreta mal a intensidade e duração do luto da mulher, entendendo que esta poderá estar a reagir de forma não normativa ao processo de luto (Wing, Clance, Burge-Callaway & Armistead, 2001). Esta má interpretação pode agravar os efeitos da perda, causando falta de paciência, decepção, pressionando a relação conjugal.

Compreende-se, portanto, que num estudo conduzido por Geerinck-Vercammen e Kanhai (2003), a maioria dos casais tenha relatado que após a perda o relacionamento ficou fortalecido, devido a uma comunicação eficaz. O mesmo aconteceu noutro estudo realizado por Serrano e Lima (2006).

Atendendo ao que se apontam como características e consequências a nível individual e conjugal, após a perda fetal, verifica-se que a temática, a nível do impacto que esta tem na esfera conjugal, recebeu, ainda, pouca atenção empírica numa abordagem qualitativa, principalmente, pela ausência de testemunhos masculinos (Stroebe & Schut, 2013). Deste modo, debruçamo-nos a explorar esta questão, objetivando compreender o processo da perda de um filho durante a gestação e o seu impacto nas esferas pessoal e conjugal, na perceção do pai e da mãe, de forma a encorajar o surgimento de intervenções nos casais que passaram por tal perda.

## Método

### Objetivos

A presente investigação, teve como objetivo geral compreender a percepção do pai e da mãe acerca do processo de luto, na perda gestacional, designadamente o impacto ao nível pessoal e na dinâmica conjugal. Pretendeu-se explorar os seguintes objetivos específicos:

- Compreender o período **antes da perda**, explorando, na percepção do pai e da mãe, as suas características pessoais e as características da sua relação conjugal;
- Compreender a **vivência da gravidez**, desde o momento da sua notícia até à sua interrupção e a percepção de suporte social formal e informal.
- Compreender a vivência do **período da perda**, explorando o impacto emocional face à notícia da perda e a percepção do suporte social formal e informal;
- Compreender o **processo de luto**, explorando o impacto sentido na esfera pessoal e os mecanismos de *coping* utilizados para lidar com a morte do filho.
- Compreender o **impacto da perda no casal**, explorando o impacto percebido na relação conjugal e os mecanismos de *coping* diádico utilizados.

Considerando os objetivos supracitados, a abordagem que eles exigem é a qualitativa. Segundo Flick (2005), a metodologia qualitativa estuda significados individuais e sociais do objeto, permitindo diversas perspetivas sobre eles, sendo a abordagem privilegiada nos estudos sobre a vida das pessoas, as suas experiências, emoções e sentimentos, que são difíceis de aceder através de métodos quantitativos de natureza hipotética-dedutiva (Flick, 2005; Corbin & Strauss, 2008). Ao mesmo tempo, a abordagem qualitativa permite uma compreensão da perspetiva dos indivíduos acerca de um determinado processo, essencial para compreender o impacto e refletida nos nossos objetivos, que procuram evidenciar essa dinâmica temporal.

Atendendo aos objetivos desta investigação e à idiosincrasia do processo do luto, a abordagem qualitativa afigura-se como a mais adequada neste estudo, permitindo um entendimento aprofundado do que é a perceção do pai e da mãe e da sua experiência do luto (Corbin & Strauss, 2008). A entrevista semiestruturada individual foi o método de recolha privilegiado dada a sua adequação aos objetivos do estudo (Ritchie, Lewis & Elam, 2003).

### **Participantes**

Neste estudo exploratório, recorreu-se a uma associação sem fins lucrativos que se destina ao apoio emocional a casais que passaram pela perda gestacional, para identificar os participantes. Neste sentido, utilizou-se uma amostra intencional. Foram convidados a participar no estudo casais que vivenciaram a perda gestacional. Assim, atendemos, aos seguintes critérios de inclusão: 1) casais (casados ou em união de facto) que vivenciaram uma situação de perda gestacional 2) sem barreiras quanto ao número de semanas de gestação em que ocorreu a perda (precoce ou tardia); 3) perda gestacional com causa clínica conhecida ou desconhecida.

Das 16 pessoas contactadas, 8 eram casais e 1 mulher, divorciada. Embora todos, inicialmente, concordassem participar, apenas 3 casais participaram no estudo. Assim, a amostra foi constituída por 6 participantes, 3 mulheres e 3 homens. No que respeita à caracterização da amostra (**tabela 1**), os participantes apresentam uma média de idades de 42,3 anos. Quanto ao estado civil, todos os participantes são casados e vivem juntos com os filhos. No que concerne ao número de perdas, dois casais passaram por 1 perda e um casal passou por 4 perdas gestacionais, todas elas com causa desconhecida. Relativamente, ao número de semanas de gestação em que a perda ocorreu, um casal perdeu o filho numa fase tardia (a partir da 28ª semana) e os restantes numa fase precoce (entre a 1ª e a 20ª). Relativamente à situação profissional, a maioria dos participantes estão empregados.

**Tabela 1***Caracterização da amostra*

Dados Sociodemográficos e Clínicos							
Código	Género	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Situação Profissional	Nº de semanas em que ocorreu a perda fetal	Nº de perdas
M F S	F	49	Casada	Bacharelato/Licenciatura	Empregada	a partir da 28ª semana	1
P P T	M	50	Casado	Bacharelato/Licenciatura	Empregado	a partir da 28ª semana	1
M S M	F	45	Casada	12º ano	Empregada	entre a 1ª e a 20ª semana	4
P J C	M	43	Casado	6º ano	Empregado	entre a 1ª e a 20ª semana	4
M A F	F	34	Casada	Mestrado/Doutoramento	Desempregada	entre a 1ª e a 20ª semana	1
P L	M	33	Casado	Mestrado/Doutoramento	Empregado	entre a 1ª e a 20ª semana	1

Letra “M”: identifica quem são as Mães, seguido das iniciais do nome de cada mãe

Letra “P”: identifica quem são os Pais, seguido das iniciais do nome de cada pai.

## Instrumentos

Como já referido, a opção pela entrevista semiestruturada deve-se ao facto de esta permitir aos participantes partilharem o significado das suas experiências. Apresenta maior flexibilidade, levando a que o participante defina a sua resposta e o investigador ajuste as perguntas. Este tipo de entrevista tem origem numa matriz - o guião de entrevista – que foi concebido para apoiar o fio da narrativa do entrevistado (Flick, 2005). O guião construído procurou aprofundar: 1) o funcionamento conjugal, bem como a sua perceção de satisfação nas áreas da vida conjugal no **período antes da perda**; 2) explorar a **vivência da gravidez**, compreendendo o significado atribuído à gravidez; 3) conhecer a **vivência da perda**, aprofundando as primeiras reações (somáticas, cognitivas, emocionais e comportamentais) sentidas aquando da perda do filho e a perceção de apoio do companheiro/a, familiares e do suporte médico; 4) aprofundar a compreensão do **processo de luto** do pai e da mãe, as implicações na dimensão conjugal, papel do suporte formal e informal no processo de adaptação.

Recorreu-se, a um Questionário Sociodemográfico que incorporou questões de cariz sociodemográfico e clínico efetuadas no início da entrevista, com o propósito de recolher dados pessoais da mãe e do pai, onde se incluem a idade (da mãe e do pai);

estatuto socioeconómico, laboral e conjugal; agregado familiar e dados relativos à perda gestacional (número de semanas de gestação).

## **Procedimentos**

### **– Recolha de Dados**

Após o parecer positivo pela Direção da associação, os potenciais participantes foram contactados pela psicóloga da associação, explicando os objetivos do estudo e identificando o investigador principal do estudo. Perante a disponibilidade dos participantes, a investigadora principal contactou-os, via correio eletrónico, esclarecendo os objetivos do estudo, o modo como podiam colaborar, a garantia de confidencialidade e os procedimentos previstos para a recolha dos dados.

Atendendo à dificuldade em realizar as entrevistas presencialmente e, também, devido à dificuldade sentida de pais e mães em falar sobre o assunto presencialmente, atendendo à complexidade do tema, e, também, pelo facto de a Associação se estender a nível nacional, a entrevista via telemóvel revelou-se a opção mais viável, por permitir um sentimento de conforto nos entrevistados relativo ao anonimato promovido nesta interação (Burnard,1994; Harris et al., 2008). O Consentimento Informado foi enviado via eletrónica para cada participante, antes de se proceder à entrevista e reencaminhado pela mesma via devidamente assinado.

A realização das entrevistas e a aplicação do Questionário Sociodemográfico foram realizados num único momento, via telefone, mediante a combinação prévia da disponibilidade do participante. No início da entrevista, foram esclarecidas dúvidas iniciais, lembrando, ao participante, a não obrigatoriedade em responder às questões colocadas e de abandonar o estudo a qualquer momento. No decorrer deste procedimento, foram sempre preservadas as questões éticas e o bem-estar dos participantes.

As entrevistas foram realizadas entre Março e Abril de 2019, tiveram uma duração média de 1 hora e 30 minutos, e foram gravadas em áudio.

### – Tratamento e Análise de Dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra para um documento no formato *Word* e, seguidamente, foi realizada uma leitura flutuante, na qual é estabelecido um contacto com os testemunhos recolhidos, facilitando o conhecimento do material, delimitação do que será analisado (Saldaña, 2015). O processo de análise foi baseado nos princípios da *Grounded Theory*, criando indutivamente os códigos e categorias a partir de novas informações dos dados, utilizando a comparação constante até o processo ficar saturado (Strauss & Corbin, 2008; Fernandes & Maia, 2001). A análise dos dados foi efetuada frase a frase e conduzida através da codificação aberta (os códigos são comparados e agrupados em conceitos, seguidamente, formam-se categorias a partir destes conceitos, onde se estabelecem relações de similaridade entre os mesmos, para posterior análise) e da codificação axial (emerge da codificação aberta e consiste no procedimento no quais os dados já conceptualizados são reorganizados, estabelecendo-se ligações entre as categorias de modo a se criarem temas mais amplos e novos “códigos”) (Fernandes & Maia, 2001).

O processo de codificação foi realizado progressivamente, sendo que se reexaminaram e redefiniram todos os componentes e categorias, sempre que necessário, sob a colaboração de outro investigador, favorecendo a discussão entre resultados. O processo foi apoiado pelo software QSR NVivo 11.

### **Apresentação e Discussão dos resultados**

Os resultados serão apresentados a partir dos objetivos do estudo que servirão de estrutura para o seu aprofundamento. Nesta apresentação serão privilegiadas as categorias e subcategorias com mais expressividade nos dados (assinaladas a bold), ilustradas com excertos do discurso dos participantes (**anexo 3**: sistema geral de categorias).

A discussão dos resultados será integrada ao longo do texto. através da referência a literatura considerada pertinente.

**O1: Compreender o período antes da perda, explorando, na percepção do pai e da mãe, as suas características pessoais e as características da sua relação conjugal**

A exploração das características pessoais na percepção do pai e da mãe tem como racional perceber o impacto nas mesmas, após a perda. Assim, verifica-se que todos os participantes assinalaram características positivas descrevendo-se como pessoa **alegre** (MFS; MSM/3ref.): [*“Antes das perdas sempre fui uma pessoa muito alegre”* (MSM)]; **pessoa serena** (PJC; PPT/2ref.): [*“(…) geralmente serena”* (PPT)]; **boa observadora** (MAF; MFS/2ref.): [*“Sim, sou uma pessoa bastante observadora.”* (MAF)]; **pessoa proativa** (PL/1ref.): [*“hum, é difícil... (sou) bastante proativo (...).”* (PL)]. Estas características próprias dos indivíduos constituem-se como fatores resilientes se responderem de forma positiva, ou saudável, quando sujeitos a episódios stressantes (Reich, Zautra & Hall, 2010).

No que concerne às características da relação conjugal com conotação positiva, três mães e dois pais, evidenciaram que tinham uma **relação estável** (MAF; MSM; MFS; PPT; PJC/5ref.): [*“Hum, éramos um casal normal, estável”* (MSM)]. Ainda na mesma linha, uma mãe e um pai referiram a **cumplicidade** como algo positivo (MFS; PL/2ref.): [*“muita cumplicidade, amizade, hum (...).”* (PL)]. Quanto às características avaliadas como menos positivas, destacou-se a instabilidade, referenciada pelos elementos do casal (MAF; PL/2ref.): [*“Mas era uma relação com altos e baixos como todas, mas pronto (...).”* (MAF)].

São fatores de satisfação conjugal, reportados por uma mãe e por um pai, antes da perda. a **estabilidade** (MFS; PJC/2ref.): [*“Na minha perspectiva era a nossa estabilidade enquanto casal (...).”* (MFS)], por dois pais, **os projetos futuros** (PJC; PPT/2ref.): [*“O facto de estarmos juntos a construir um futuro conjunto.”* (PPT)] e por uma mãe e um pai, o facto de **gostarem de estar juntos** (MFS; PL/2ref.): [*“Gostamos de fazer coisas juntos (...).”* (PL)]. Os fatores de satisfação conjugal encontrados nos nossos dados vão de encontro ao que Narciso e Ribeiro (2009) defendem sobre os fatores que fomentam a proximidade entre duas pessoas, conduzindo a uma maior resiliência da díade conjugal. No entanto, a visão que o mesmo autor apresenta de que os homens têm uma percepção mais positiva da sua relação conjugal (Narciso & Ribeiro, 2009), não vai de encontro ao resultado que o nosso estudo apresentou, sendo que as mulheres se reportaram mais aos fatores de satisfação na sua relação (11ref.) do que os homens.

Os aspetos menos satisfatórios assinalados na relação conjugal, foram relatados por duas mães e um pai, e dizem respeito às **diferenças pessoais** (MFS; MSM; PPT/3ref.): [*“Em alguns assuntos sempre fomos muito diferentes e essa diferença fazia-se notar em discussões mais ou menos acesas”* (MFS)], [*“O grande desafio da nossa relação tem sido a compatibilização de feitios (...)”* (PPT)] e na **teimosia de ambos**, relatada por uma mãe e um pai (MFS; PL/3ref.): [*“(...) a teimosia de ambos, sempre foi o nosso problema (...)”* (PL)]. Estes resultados vão de encontro ao que Renshaw e colaboradores (2010) descrevem quando afirmam que as diferenças individuais entre o casal, são fatores que influenciam a insatisfação conjugal.

**O2: Compreender a vivência da gravidez, desde o momento da notícia até à sua interrupção e a perceção de suporte social formal e informal.**

No que diz respeito á vivência da gravidez, duas mães e um pai referiram que a gravidez **foi planeada** (MAF; MSM; PL/3ref.): [*“Sim sim, foi planeada, foi desejada, hum e pronto foi...falamos disso.”* (MSM)] e uma mãe evidenciou que a sua gravidez **não foi planeada** (MFS/2ref.): [*“Não foi uma gravidez planeada e muito menos esperada”* (MFS)].

Relativamente à perceção da reação do pai e da mãe face à notícia da gravidez, uma mãe evidenciou a **felicidade sentida** (MAF/1ref.): [*“Depois, obviamente estávamos felicíssimos,”* (MAF)] e a **partilha da notícia com o companheiro** (MAF/1ref.): [*“(...) partilhei imediatamente com o L. (...)”* (MAF)]. Contudo, outra mãe partilhou o **pânico** e o **choro** perante a notícia, por ter tido uma gravidez anterior de risco (MFS/1ref.): [*“(...) a minha reação imediata foi logo de pânico e choro”* (MFS)]. Quanto à reação dos pais, dois pais evidenciaram a **felicidade sentida** (PL; PPT/2ref.): [*“Hum, foi de uma felicidade muito grande.”* (PL)].

No que concerne à representação da gravidez para a mãe, destacou-se que uma mãe relatou a **curiosidade em conhecer o bebé**, o **desejo em ser mãe**, a **esperança de uma gravidez bem sucedida** e a **felicidade** (MAF/4ref.): [*“Portanto foi a realização de um desejo que já vinha de antes e que era super especial.”* (MAF)]. Além disso, uma mãe afirmou a importância de **sentir o bebé mexer** e de **ver a barriga crescer** (MFS/1ref.): [*“Era bom senti-la mexer e ver a barriga a crescer”* (MFS)], assim como ter gosto por **lhe cantar músicas e falar com o bebé** (MFS/1ref.): [*“(...) falava muito com ela,*

*cantava-lhe muito (...)*” (MFS)]. De acordo com Condon (1993), a relação entre a mãe e o bebê vai-se fortalecendo ao longo da gestação devido à ligação que esta cria com ele. Desta forma, o desejo em conhecer o bebê e o prazer na interação com o mesmo, são indicadores da intensidade da vinculação. Além disto, é no pré-natal que os pais constroem a noção de individualidade do bebê, como um ser ativo (Piccinini et. al., 2004).

Respetivamente à representação do pai relativa à gravidez, dois pais referiram o desejo de **aumentar a família** (PL; PPT/2ref.): [*“A gravidez da minha mulher representou para mim a referida alegria e mais um passo para o meu ideal de família.”* (PPT)]. Tal como Camus (2002) defende, o homem acompanha o processo da gravidez através das suas emoções e projeções futuras, aumentando a qualidade do vínculo com o bebê.

Todos estes testemunhos relacionam-se com as idealizações que pais e mães criam em torno do filho. Assim, duas mães e dois pais significaram as **idealizações criadas em torno da gravidez** e a **perceção de um bebê real** (MAF; MFS; PL; PPT/6ref.): [*“Mesmo com esta gravidez eu nunca parei para imaginar exatamente como seria o bebê, nem se seria menino ou menina.”* (MAF)]. Santos (2015) confirma a ideia de que os pais criam expectativas, planos e idealizações, em torno do bebê, ao longo de vários meses e até mesmo antes da sua conceção, principalmente quando a gravidez é planeada, o que tem implicações ao nível do impacto da perda pois esta relaciona-se, também, com a perda de tudo o que foi idealizado em torno da gravidez.

Neste período, duas mães e dois pais avaliaram o suporte formal como positivo, sendo que duas mães e um pai salientaram a qualidade do **acompanhamento médico**, principalmente no serviço privado (MAF; MFS; PPT/4ref.): [*“Fui bastante vigiada a nível médico durante a gravidez.”* (MFS)]. Segundo Pereira (2013), as consultas de vigilância durante a gravidez constituem um meio de apaziguamento dos pais e de suporte para as suas incertezas e medos.

Já ao nível do suporte informal, uma mãe descreveu o papel do cônjuge, ressaltando o **suporte instrumental** (MFS/1ref.): [*“(…) o meu marido fazia tudo para eu estar bem (...).”* (MFS)] mas também ao nível do **suporte emocional** para (1ref.): [*“Dava-me toda a atenção”* (MFS)]. Esta ideia vai de encontro à perceção que os pais têm igualmente acerca do seu papel durante a gravidez, relatando o seu **apoio emocional** (PL; PPT/2ref.): [*“(…) e dei o apoio possível e era assim uma coisa muito natural.”*

(PL)], **instrumental** (PJC; PPT/2ref.): [*“Ajudava em casa”* (PPT)] e a **presença** nas várias etapas da gravidez (PL; PPT/2ref.): [*“Hum (risos), quer dizer, eu acho que tive sempre presente.”* (PL)]. De acordo com esta visão, o cônjuge, ao participar, ativamente, no período gestacional, viabiliza a satisfação das necessidades da companheira, favorecendo os cuidados com a saúde da mulher. Mais, a percepção do apoio do cônjuge, é identificado como um fator protetor na adaptação ao processo de luto (Caldeira et. al 2017).

### O3: Compreender a vivência do período da perda, explorando o impacto emocional face à notícia da perda e a percepção do suporte social formal e informal.

Procuramos agora aprofundar a vivência do processo da perda após a tomada de consciência da notícia da perda. Neste período, são descritas as primeiras reações emocionais face ao acontecimento. Dois pais evidenciaram a **tristeza** sentida (PL; PPT/2ref.): [*“Quando foi confirmada a perda na ecografia, hum, foi uma tristeza enorme (...)”* (PL)], duas mães e um pai, reportaram o **choro** (MAF; MFS; PPT/3ref.): [*“Fui para casa. Atirei-me ao chão da sala e chorei, chorei, gritei.”* (PPT)], dois pais, referiram o **choque** (PL; PPT/2ref.): [*“(...) o choque, apesar de ser uma coisa que de alguma maneira o risco estava sempre iminente (...)”* (PL)], a **sensação de tempo parado**, relatada por uma mãe (MAF/2ref.): [*“Num primeiro momento é como se tudo à minha volta parasse.”*] (MAF) e o **vazio** sentido, por uma mãe (MFS/1ref.): [*“Não conseguíamos dizer mais nada, era um vazio total”*] (MFS)]. A nível comportamental, uma mãe relatou a **falta de apetite** e o facto de **não conseguir falar e chorar** (MFS/3ref.): [*“(...) na primeira noite (...) não conseguia comer, falar, chorar.”*] (MFS)]. Para além disto, uma mãe e dois pais descreveram a **necessidade de sincronização com o momento real** (MAF; PL; PPT/4ref.): [*“Como se o corpo precisasse de tomar consciência do que estava efetivamente a acontecer.”*] (MAF)] e a reação instrumental de **reagir** à situação, por uma mãe e um pai (MAF; PPT/2ref.): [*“A minha reação logo de seguida foi reagir.”*] (PPT)]. Estas reações relatadas pelos pais e pelas mães, a nível emocional, cognitivo e comportamental, são confirmadas por Callister (2006) e Fonseca (2008). Os homens, segundo Doka (2010) reagem à perda de uma maneira instrumental (voltada para as ações), algo que sobressai também, no nosso estudo. Bowlby (1998) também estrutura e divide em quatro fases a reação despoletada pela perda de uma pessoa significativa, sendo que a primeira fase se pauta pelo choque.

A segunda pela procura da figura que partiu. Na terceira vigoram o desespero e a desorganização. Por fim, uma maior ou menor reorganização.

Respetivamente à percepção dos participantes acerca do suporte formal e informal recebido após a constatação da perda, relativamente, ao suporte formal evidenciou-se que para três mães e dois pais, o serviço médico foi caracterizado por, **desinteresse por parte do obstetra particular** (MFS; PPT/2ref.): [*“Como referi atrás o médico obstetra que a acompanhava deixou muito a desejar. Não prestou qualquer apoio.”* (PPT)], pela **frieza do serviço médico (MSM; PPT/3ref.)**: [*“As enfermeiras que vi pareceram-me sempre frias, insensíveis ao evento.”* (PPT)] e quatro participantes apontaram para a **falta de apoio físico e emocional** no contexto dos cuidados de saúde (MAF; MFS; MSM; PPT/4ref.): [*“(…) não há muito apoio físico e emocional com estas mulheres. Foi o que aconteceu comigo.”* (MFS)]. No entanto, os serviços de saúde foram avaliados positivamente por duas mães e dois pais, que ressaltaram o **envolvimento dos médicos no internamento** (MAF; MFS/2ref.): [*“Mas depois os médicos com quem eu lidei na altura do aborto (...) ajudaram a tranquilizar essa parte de “a culpa é minha.”* (MAF)] e a **eficácia do serviço público** (MFS; PL/3ref.): [*“às vezes nem sempre acontece no público, mas a equipa foi eficaz nessa altura.”* (MFS)]. Duarte e Turato (2009) alertam para a importância do suporte da assistência médica, aos pais, após a perda gestacional. Estes autores ainda apresentam estudos (St John, Cooke & Goopy, 2006), que salientam a falta de assistência médica nestes casos, e ressaltam a necessidade de aumentar estes cuidados após perda, de modo a diminuir a agudização de alguns sintomas emocionais, cognitivos ou comportamentais.

Quanto ao apoio informal, prestado pelo cônjuge, após a constatação da perda, na percepção das mães, duas salientaram a **presença** (MFS; MAF/2ref.): [*“Sim, ele acompanhou-me sempre (...)”* (MAF)] e uma o **apoio** (MFS/1ref.), o que vai de encontro ao que os pais relataram acerca da sua percepção, relativamente, ao apoio prestado à companheira, imediatamente a seguir à notícia da perda (PL; PPT/7ref.): [*“Hum, tentei dar o máximo apoio possível.”* (PL)]. Vanderwerker e Prigerson (2004), evidenciaram que a percepção de fontes de suporte, específicas ou diversificadas, neste período, está associada a um melhor ajustamento ao processo de luto.

Embora duas mães e um pai tenham mencionado o **apoio** prestado pela família e pelos amigos (MAF; MFS; PJC/3ref.): [*“mas a nível de apoio, acho que sempre deram apoio e deram-nos força.”* (PJC)], assim como a sua **preocupação**, mencionada por dois pais

(PPT; PJC/2ref.): [*“Do lado da família, embora estivessem preocupados e ligassem para saber (...)” (PPT)*], uma mãe avaliou como menos positivo, este suporte considerando que houve **desadequação da abordagem** acerca do assunto da morte do bebê (MAF/1ref.): [*“(...) acabam por dizer alguma coisas que não são apropriadas (...)” (MAF)*]. Dois pais mencionaram, a **desvalorização da morte em casos de perda gestacional**, por parte da sua rede informal (PL; PJC/3ref.): [*“Há sempre aqueles amigos que estão sempre do nosso lado e há aqueles que dizem, ah isso acontece, são novos e isso não é nada (...)” (PJC)*]. De maneira geral, a presença dos familiares é fundamental no suporte fornecido aos pais enlutados (Carvalho & Meyer, 2007). No entanto, a desadequação da abordagem e a desvalorização, por parte de familiares e amigos, segundo Rolim e Canavarro (2001), podem conduzir à falta de recursos que os pais enfrentam para lidar com a perda.

**O4: Compreender o processo de luto a nível do impacto sentido na esfera pessoal e os mecanismos de coping utilizados para lidar com a morte do filho.**

Tendo em consideração os dados mais prevalentes, através do relato dos pais e das mães, verifica-se que face ao impacto sentido ao nível das suas características pessoais, após a perda, duas mães referiram que ficaram mais **hipervigilantes em relação a doenças** (MAF; MFS/2ref.): [*“Fiquei uma pessoa muito **mais triste, mais nervosa e com mais atenção a sinais de doenças nos outros (...)**” (MFS)*], duas mães referiram que ficaram **pessoas mais fechadas em si** (MFS; MSM/2ref.): [*“Eu fechei-me, eu escondi-me sozinha, hum, pronto e foi neste momento que eu já tomando outras atitudes e pronto.” (MSM)*], evidencia-se a **revolta espiritual** relatada por uma mãe e um pai (MFS; PPT/2ref.): [*“Fiquei revoltada com Deus durante muito tempo (...)” (MFS)*], [*“(...) mas acabei por culpar Deus, N<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> de Fátima a quem tinha muito pedido para que protegesse esta gravidez.” (PPT)*] e duas mães descreveram este impacto como **uma parte que morre e não volta mais,** s (MFS; MSM/2ref.): [*“Sim, hum, a perda mudou-me enquanto pessoa. Uma parte de mim morreu e nunca mais voltou. (...)” (MFS)*]. Investigações mais recentes, descrevem que o luto adaptativo se deve a mudanças na perceção do self; a mudanças nas relações interpessoais e mudanças na filosofia de vida, assim como mudanças na identidade, que podem precipitar uma reorganização significativa para melhor ou pior (Neimeyer et al., 2006; Tedeschi & Calhoun, 1996).

Relativamente a outras dimensões do processo de luto e no que concerne à **alteração no estilo de vida**, um pai referiu a **mudança para outro país**, com o intuito de “*encontrar respostas*” (PJC/1ref.) e outro pai referiu, a **permanência do seu estilo de vida** (PPT/2ref.): [“*Não alterei em nada a minha forma de estar ou de ser apesar de ter pela primeira vez uma morte diretamente relacionada com a minha família.*” (PPT)]. Segundo Dyregrov e Dyregrov (2015), de facto, o luto conduz a grandes alterações psicológicas, fisiológicas, comportamentais, no contexto social do enlutado. Contudo, os homens retornam mais facilmente à normalidade, por se focarem menos nas suas emoções.

Aprofundando as dimensões do impacto reportadas pelos nossos participantes percebemos que, em relação ao impacto emocional sentido, após a perda, evidencia-se o **sentimento de culpa**, relatado por um pai e uma mãe (PJC; MFS/4ref.): [“*Sentia-me culpada pela nossa desgraça, aliás, ainda agora não fui capaz de me libertar desta culpa.*” (MFS)]. Do que é específico de cada mãe evidenciam-se **os sintomas depressivos** (MSM/2ref.): [“(…) *depressão muito grande, ao ponto de ter uma depressão muito profunda e que nada valia a pena*” e uma situação com uma carga emocional “*desgastante, dolorosa, horrível*” (MAF/1ref.). Quanto aos pais, um deles significou a “**fuga da realidade**” (PL/1ref.), outro pai referiu o **sofrimento psicológico** por ter “*sentido a dor de quando se está com alguém que sofreu*” (PJC/1ref.) e a “**ligação profunda**” referida por outro pai (PPT/1ref.). Neste sentido, apesar de existirem reações comuns entre pais e mães, verificou-se que os pais podem expressar a sua tristeza através de frustração, fracasso no exercício parental, enquanto as mães significam o seu luto através da expressão das suas emoções (Avelin et al., 2013). Os homens também criam fantasias, idealizações e vínculo com o bebé (Camus, 2002; Delmore-Ko et al., 2000). Ademais, a depressão, evidenciada por uma mãe vai de encontro ao que Kübler-Ross (2008), evidencia na quarta fase como fazendo parte da evolução do enlutado no seu processo de luto.

Quanto ao impacto na identidade, a **nível corporal** duas mães afirmaram que o **corpo rejeitou a filha** (MAF; MFS/2ref.): [“*O meu corpo matou a minha filha. Como é possível o meu corpo rejeitar a filha que tanto queria? Senti-me uma assassina.*” (MFS)] e a **desilusão enquanto mulher** (MSM; MFS/2ref.): [“*Senti-me durante muito tempo menos mulher*” (MFS)], [“*hum, tive quase a dizer ao meu marido, procura*

*alguém que consiga realizar o teu sonho, não sou ninguém, eu não valho nada.*” (MSM)]. Esta ideia vai de encontro ao que Colman e Colman (1994) descrevem como sendo reflexo da perda de um filho, sendo que a mãe pode pôr em causa o seu papel enquanto mulher. Sob o mesmo ponto de vista, Lemos e Cunha (2015) afirmam que esta pode manifestar um maior sentimento de culpa, porque entende que terá sido negligente durante a gravidez e pode, conseqüentemente, influenciar o desejo de uma nova gravidez, por medo de fracassar enquanto mãe e mulher.

A perda de um filho altera **as perspetivas futuras**, os pais e as mães são confrontados com a necessidade de alterar ou reconsiderar os seus planos futuros. Destacou-se que dois pais e uma mãe relataram o **impacto no planeamento de uma nova gravidez** (PL; MAF; PJC/3ref.): [*“ (...) já se punha em causa uma nova gravidez...ela ficava sempre reticente, porque ela pensava sempre que podia sofrer fisicamente e psicologicamente...”* (PJC)] e um pai, o **receio de uma próxima gravidez** (PPT/1ref.): [*“O planeamento desta gravidez do Tomás foi difícil porque andávamos sempre com o coração nas mãos”* (PL)]. Esta visão vai de encontro ao que Kersting e colaboradores (2011) se referem quando afirmam que a adaptação psicológica a uma nova gravidez fica comprometida.

Ao nível dos **mecanismos de coping individual** utilizados por cada participante, três mães e dois pais referiram **a continuidade dos laços com o filho** (MAF; MSM; MFS; PPT; PL/5ref.): [*“Funciona igualmente como um elo de união, faz parte da nossa história familiar.”* (PPT)]. Três mães referiram o recurso a **psicoterapia** (MAF; MSM; MFS/3ref.): [*“Depois fui à terapia com o psicólogo, psiquiatra e terapia de grupo com mães iguais a mim.”* (MFS)], a **tomada de consciência de situações semelhantes** é reportada por 3 mães e um pai (MAF; MSM; PL/5ref.): [*“(...) começamos a perceber que em todas as famílias há mais do que uma perda gestacional muitas vezes e descobri que na minha família também tinha existido. Comecei a perceber que não podia ter feito mais nada de diferente.”* (PL)] e a **aceitação da morte do filho**, por uma mãe e dois pais (MAF; PL; PPT/3ref.): [*“hum aceitei a situação, de alguma maneira sempre soube que fizemos o possível para salvar o nosso filho, mas é uma coisa assim fora do nosso controlo.”* (PL)]. De acordo com McGreal, Evans e Burrows (1997), as mulheres tendem a procurar mecanismos para reduzir o stress através de mulheres que tenham passado pelo mesmo. No mesmo segmento, Kübler-Ross (2008), explica a fase da aceitação, como sendo o momento em que a pessoa aceita a perda com serenidade.

Bowlby (1998) e Worden (1998) também se debruçam sobre as etapas pelos quais os enlutados passam, sendo que por último, culminam todos na fase da aceitação, adaptação e reorganização face à perda de uma pessoa significativa. Apesar do luto não ser um processo linear, podendo durar meses e anos, dependendo das características individuais e ainda do nível e intensidade de relação com o filho, todos os participantes chegaram ao estágio de aceitação da sua perda (Oliveira & Lopes, 2008).

Quando conduzidos a explorar **a construção de significado** atribuída à perda de um filho por morte fetal, uma mãe e dois pais referiram que foi um **acontecimento marcante**, uma mãe referiu que **aprendeu a lidar com a morte do filho e com os seus sentimentos**, outra mãe afirmou que **cresceu pessoalmente**, um pai significou ter ficado mais **cauteloso com novas gravidezes** e uma mãe diz ter **encontrado a paz** (MAF; MSM; MFS; PPT; PJC; PL/18ref.): [*“Hoje tenho uma nova normalidade. Estou em paz com a vida”* (MFS)]. De acordo com o Modelo do Processo Dual do Luto de Stroebe e Schut (2010; 2016), o processo de adaptação e construção de significado ocorre a partir do *coping* orientado para a perda, que se rege pela procura da pessoa perdida. Investigações mais recentes, descrevem que o luto adaptativo se deve a mudanças na perceção do self; a mudanças nas relações interpessoais e mudanças na filosofia de vida (Tedeschi & Calhoun, 1996). Assim sendo, o aumento da apreciação da vida; das relações interpessoais; o aumento do sentimento de força pessoal e as mudanças de prioridades (Neimeyer et al., 2006; Taku et al., 2009), permitem ao indivíduo, atribuir o significado à perda, de forma a experienciar o mundo como previsível e compreensível, tornando o luto como um processo adaptativo.

**O5: Compreender o impacto da perda no casal, explorando o impacto percebido na relação conjugal e os mecanismos de coping diádico utilizados.**

Quanto ao **impacto percebido na relação conjugal**, salienta-se o **impacto na comunicação** referido por duas mães e dois pais (MFS; MSM; PJC; PL/9ref.): [*“nós deixamos de falar, não tínhamos assunto, não tínhamos... sempre que falávamos havia sempre a sensação de atrito (...)”* (MSM)]. No entanto, os pais referenciaram mais significativamente este impacto na relação conjugal (7ref.). Todos os seis participantes salientaram outros aspetos do impacto conjugal, como o **afastamento** referenciado por duas mães e um pai (MFS; MSM; PJC/4ref.): [*“o negativo foi criar um certo*

*afastamento*” (MFS)] e a **falta de paciência** referida por um pai e uma mãe (MSM; PJC/3ref.): [*“Começamos a ficar sem paciência, ok, nunca entramos em discussões ou acusações, mas nós sentimos e muitas vezes não são precisas as palavras para encontrarmos as razões...”*] (MSM)]. Esta ideia é partilhada por Wing, Clance, Burge-Callaway e Armistead (2001) quando referem que devido às diferenças do sofrimento entre pais e mães, as dificuldades de comunicação podem surgir devido a mal-entendidos entre ambos. Esta má interpretação pode causar falta de paciência e decepção. Simultaneamente, Toller e Braithwaite (2009) ilustram que a dor pode ser tão agonizante que o casal precisa distanciar-se. Este aspeto poderá estar subjacente ao afastamento reportado pelos participantes.

Identificamos **dificuldades sentidas** no relacionamento conjugal, destacam-se **dificuldades em colocar-se no papel do companheiro referidas por** duas mães (MAF; MFS/2ref.): [*“e não consegui pensar noutra coisa ou colocar-me na pele do L, fazer aquele exercício que eu disse no início de, colocar-me na outra pessoa.”*](MAF)], uma mãe, exprimiu a **necessidade de falar sobre o assunto** (MFS/2ref.): [*“eu precisava de falar mais, saber mais sobre ele (cônjuge)”*] (MFS)] e, duas mães, exprimiram a **necessidade ver o sofrimento** no companheiro (MAF; MFS/7ref.): [*“Eu acho que isso leva...senti um bocado sozinha porque há quase uma frieza, parece que estou sozinha na dor do nosso filho.”*] (MAF)], como algo que condicionou a relação entre ambos e reforçou o afastamento mútuo. Quanto aos pais, um destacou a **perceção de luto prolongado** por parte da companheira (PPT/3ref.): [*“Às vezes não consegui corresponder, não compreendendo porque é que tinha que durar tanto tempo, porque é que se não fechava o evento e se seguia em frente.”*] (PPT)]. Estes resultados vão de encontro à perspectiva de Wing, Clance, Burge-Callaway e Armistead (2001) e Cacciatore, DeFrain, Jones e Jones, (2008) destacando que a mãe interpreta níveis mais baixos de tristeza no cônjuge e a sua resistência em falar da perda, como sinal de desinteresse, pois estas pretendem que o companheiro se expresse mais. Os pais, interpretam mal a intensidade e duração do luto da mulher, podendo agravar os efeitos da perda e deteriorar a relação conjugal.

Relativamente à perceção das mães sobre o impacto que a perda teve no

companheiro, reportaram o **abafamento dos sentimentos** (MAF; MSM; MFS/7ref.):

[*“Hum, pronto, o que predominou sempre foi o silêncio (...)”*] (MSM)] e o **sentido**

**prático na dor** relatado pelas três mães (1ref.): [*“Sei que sofreu muito, não o mostrou muito, foi mais prático e pragmático”* (MFS)]. Este facto pode ser compreendido à luz do que Wing, Clance, Burge-Callaway e Armistead (2001) ilustram quando referem o facto de os homens se tornarem menos comunicativos, para tentarem amenizar a dor da companheira, conduzindo a maior sofrimento no casal. Na perceção que os pais têm do impacto da perda na companheira, dois têm a perceção de um **vínculo forte da mãe com o bebé** (PL; PPT/2ref.): [*“(…) embora compreenda que por ter carregado consigo o feto, a sua ligação e sentimento de perda fossem bem mais intensos que os meus.”* (PPT)] e a presença de um **sentimento de raiva/revolta** (3ref.): [*“hum, bem, alguma raiva”* (PL)]. Este impacto vai de encontro ao que Worden (2009) Defey (1992 in Rios, 2013), descrevem como sendo fatores de risco para a agudização do processo de luto, como a intensidade do vínculo e indicadores afetivos (raiva, culpa, incapacidade de expressar emoções). Três pais identificaram nas mães, a **tristeza, baixa autoestima, dificuldade em ver outras grávidas, culpa, pessimismo, insegurança e sintomas depressivos (tentativa de suicídio)** (PL; PPT; PJC/19ref.). Esta perceção dos pais vai de encontro ao que Callister (2006) e Fonseca (2008) salientam como sendo a vivência materna, a nível psicológico, evidenciando tristeza, culpa e depressão; a nível cognitivo, baixa autoestima e a nível comportamental, tendência para evitar estímulos associados ao bebé ou à gravidez.

Quanto à perceção de suporte informal por parte do cônjuge ao longo do processo, evidenciou-se o **suporte emocional**, nomeadamente a prestação de **apoio**, por uma mãe (MSM/1ref.): [*“Deu-me apoio desde o início deste processo todo. O andar lado a lado é como eu disse, sentir que ao mínimo sinal o apoio está ali.”* (MSM)] e o **poupar a preocupação**, referenciada por duas mães (MFS; MAF/2ref.): [*“ele sempre o tentou esconder de mim, talvez para não me preocupar”* (MFS)]. Por outro lado, um pai afirmou **não ter tido apoio por parte da companheira**, o que se pode associar ao facto

de esta estar focada na sua dor (PPT/2ref.): [*“(…) O percurso de superação foi meu e só meu. Ela queria todo o meu apoio, mas nunca se lembrou de que também eu estava de luto.”* (PPT)]. Esta visão vai de encontro ao que Casellato (2015) defende acerca dos pais assumirem o papel de suporte à mãe nos casos de morte fetal, abafando a própria dor. Em relação à percepção que os pais têm do apoio por parte da companheira, verificou-se a escassez de estudos relativamente a este tópico. No entanto, Serrano e Lima (2006) referem que o facto de os homens interiorizarem as suas emoções, o seu sofrimento é ignorado, ou seja, o seu papel é visto como de suporte perante as companheiras, sentindo-se negligenciados no processo de luto.

Por fim, quanto aos **mecanismos de coping diádico** utilizados pelos casais, assinala-se como mais prevalente, por duas mães e um pai, o **apoio mútuo** (MFS; MSM; PJC/3ref.): [*“A gente quando diz que estava um bocadinho distante, dávamos sempre apoio um ao outro. Se eu precisasse de alguma coisa e ela também, estávamos lá para ajudar.”* (PJC)], o **enfrentar de dificuldades** reportados por uma mãe e um pai (MFS; PJC/2ref.): [*“A gente tentou inverter as dificuldades e vinha a lembrança de não desistirmos um do outro.”* (PJC)], a **partilha da dor, reportados** por uma mãe e um pai (MFS; PPT/2ref.): [*“(…) porque perdemos algo nosso de muito precioso e de mais ninguém com um sofrimento comum.”* (PPT)] e a **importância da terapia de casal**, referenciado por um pai e uma mãe (MAF; PL/8ref.): [*“(…) foi importante a ajuda profissional para nos reconstruir e mostrar outras da perda.”* (PL).] Estes dados sugerem que a relação conjugal constitui uma fonte de apoio importante durante o luto parental. Além disto, Albuquerque (2018) e Stroebe e Schut (2013), referem que os mecanismos que o casal utiliza, individuais ou diádicos, permitem-lhes enfrentar desafios, contribuindo para um aumento da resiliência conjugal. Segundo Bodemann (2005), no  *coping*  diádico, o casal participa no processo de forma a resolver um problema em conjunto, partilha de sentimentos, compromisso mútuo. Também existe uma associação entre o grau de satisfação conjugal e a eficácia do coping diádico, sendo que existem mais comportamentos de coping diádico adaptativos em casais com satisfação conjugal elevada (Bodemann, 2005).

## Conclusão

Acreditamos que este estudo pode trazer contributos para a comunidade científica, contribuindo para o conhecimento desta experiência. Não podendo dar relevo à totalidade dos dados, enfatizamos que as reações dos participantes vão de encontro ao que a literatura defende como sendo as principais reações adaptativas a um processo de luto, desde o choque até à aceitação. Ao nível do casal, salienta-se que a perda de um filho manifesta impacto, nomeadamente, na comunicação, podendo constituir-se como um fator de risco para o equilíbrio da relação. Igualmente, ressaltamos que ainda existe uma dificuldade em lidar com a morte fetal, devido à sua invisibilidade, sendo que existe uma desvalorização cultural desta perda, dificultando o processo de adaptação dos pais ao luto. Constata-se ainda, que os homens estão mais mobilizados para o suporte instrumental, ficando mais negligenciados no processo de sofrimento. É importante referir, que a continuidade dos laços dos pais com o filho perdido, conduz a que estes construam significado à volta do acontecimento, permitindo a adaptação ao processo de luto.

Sugerimos para projetos futuros nesta temática, uma análise mais aprofundada daquela que este estudo atingiu, focando o que foi a vivência e a história destes pais.

Pensando na prática profissional, ressalvamos a importância das redes de suporte formal responderem às necessidades dos pais e mães após a perda, assim como, intervenções que abordem o casal nas suas necessidades individuais e conjugais.

Assumimos como limitações, o facto de não se ter recorrido a uma entrevista pessoal, visto que poderia trazer mais riqueza à investigação. No entanto, neste estudo constituiu-se uma mais valia a entrevista telefónica, por permitir um sentimento de conforto relativo ao anonimato na interação (Burnard, 1994; Harris et al., 2008). Ainda, o facto de na análise dos resultados não termos apresentado uma análise casal a casal, mas que se sugere para estudos futuros.

Concluindo, acreditamos que a exploração deste processo, possibilitou a compreensão, quer para os participantes quer para a equipa de investigação, da vivência distinta, do pai e da mãe, após a perda de um filho e do impacto que esta pode exercer no casal, conduzindo a riscos na relação conjugal e na parentalidade, tendo implicações para a intervenção psicológica neste domínio.

## Referências

1. Alarcão M., Gaspar, M. F. (2007). Imprevisibilidade familiar e suas implicações do desenvolvimento individual e familiar. *Paidéia, Universidade de Coimbra, 17(36)*. Doi: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a09.pdf>
2. Albuquerque, S. M. P. D. (2018). “*We are brothers in arms*”: *Individual and interpersonal determinants and processes in the adjustment of bereaved parents* (Doctoral dissertation, 00500: Universidade de Coimbra).
3. APA (2013). *DSM-5. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
4. Arruda, S.L.S.; Lima, M.C.F. (2013). O novo lugar do pai como cuidador da criança. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia, Londrina, 4(2)*, p. 201- 216.
5. Avelin, P., Radestad, I., Saflund, K., Wredling, R., & Erlandsson, K. (2013). Parental grief and relationships after the loss of a stillborn baby. *Midwifery, 29(3)*, 668-673.
6. Barreto, P., Yi, P., Soler, C. (2008). Predictores de duelo complicado. *Psicooncologia, 5(2-3)*, 383- 400. Doi: <http://revistas.ucm.es>
7. Bibring GL. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child, 14*, 113–121.
8. Bergstraesser, E., Inglin, S., Hornung, R., Landolt, M. A. (2014). Dyadic Coping of Parents after the Death of a Child. *Death Studies, 39*. doi: <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.920434>
9. Benedek T, Liebman S. (1958). *Psychological aspects of pregnancy and parent-child relationships*. Oxford, England: Lippincott, 1–16

10. Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*, 1(1), 33-50.
11. Boelen, P., Bout, J. & Hout, M. (2003). The role of cognitive variables in psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp. 1123-1136.
12. Bowlby, J. (1952). *Maternal Care and Mental Health*.
13. Bowlby, J. (1998). Apego e perda: separação–angústia e raiva. *Tradução Leonidas Hegenberg*, 4.
14. Burnard, P. (1994). The telephone interview as a data collection method. *Nurse education today*, 14(1), 67-72.
15. Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K. L. C., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of Family Social Work*, 11, 351-372. doi:10.1080/10522150802451667
16. Caldeira, L., Ayres, L. F., Oliveira, L. V. & Henriques, B. D. (2017). A visão das gestantes acerca da participação do homem no processo gestacional. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*.
17. Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20(3), 227-234.
18. Camus, J. L. (2002). *O verdadeiro papel do pai*. Porto: Âmbar.
19. Carter, B., & McGoldrick, M.(1995). *As mudanças no ciclo vital familiar* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas

20. Carvalho, F. T., & Meyer, L. (2007). Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e a conduta profissional frente a essas situações. *Boletim de Psicologia*, 57(126), 33-48.
21. Casellato, G. (Ed.). (2015). *O Resgate da Empatia: suporte psicológico ao luto não reconhecido*. Summus Editorial.
22. Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez – A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
23. Condon, J. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
24. Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Thousand Oaks, CA: Sage. *Organizational Research Methods*, 12(3), 614-617.
25. de Oliveira, J. B. A., & da Costa Lopes, R. G. (2008). O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia em estudo*, 13(2), 217-221
26. Delmore-Ko, P., Pancer, S. M., Hunsberger, B., & Pratt, M. (2000). Becoming a parent: The relation between prenatal expectations and postnatal experience. *Journal of Family Psychology*, 14, 625-640.
27. Doka, K. J. (2000). *Disenfranchised Grief; Recognizing Hidden Sorrow*. Lexington Books, Nova York.
28. Doka, K. J. (2010). Grief, multiple loss and dementia. *Bereavement Care*, 29(3), 15-20.
29. Santos, D. P. B. D. D. (2015). *A elaboração do luto materno na perda gestacional (Doctoral dissertation)*.
30. Duarte, C. A. M., & Turato, E. R. (2009). Sentimentos presentes nas mulheres diante da perda fetal: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 485-490.

31. Dyregrov, A., & Dyregrov, K. (2015). Parent's Perception of Their Relationship Following the Loss of a Child. *OMEGA – Journal of Death and Dying*, 10(1), 1-18.
  
32. Fernandes, E. M., & Maia, A. (2001). Grounded theory. In E. M. Fernandes & L. S. Almeida (Eds.), *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-76). Braga: Centros de Estudo em Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
  
33. Figueiredo, P. (2005). A Influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciênc. cogn., Rio de Janeiro*. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180658212005000300014&lng=es&nrm=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180658212005000300014&lng=es&nrm=isso)>
  
34. Flick, U. (2005). Métodos qualitativos na investigação científica (Pereira, trad.). Lisboa: Monitor. Instituto de Segurança Social (2004). *O estudo dos semabrigo*.
  
35. Fonseca, A. (2008). *Contributo para o estudo do impacto das perdas perinatais na adaptação e no crescimento pós-traumático materno: determinantes individuais, interpessoais e a intervenção psicológica (Doctoral dissertation, Tese de mestrado)*.
  
36. Geerinck-Vercammen, C. R., & Kanhai, H. H. H. (2003). Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment. *Prenatal Diagnosis*, 23, 543-548. doi:10.1002/pd.636
  
37. Hanvey, L. (2002). Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines- A Paper Presenting the History, Process of Development and Overview of the Content of the 4th edition. *Ottawa: Public Health Agency of Canada*.
  
38. Harris, R., Kelly, D., Hunt, J. A., Plant, H., Kelley, K., Richardson, A., & Sitzia, J. (2008). Accessing elite nurses for research: reflections on the theoretical and practical issues of telephone interviewing. *Journal of Research in Nursing*, 13(3), 236-248.
  
39. Hernandez, J., & Oliveira, I. (2003). Os componentes do amor e a satisfação. *Psicologia: ciência e profissão*, 23(1), pp. 58-69.

40. Hunt, S., & Greeff, A. P. (2011). *Parental Bereavement: A Panoramic View*. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 64(1), 41–63. doi:10.2190/om.64.1.d
41. Jablonski, B. (2010). A divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres no cotidiano do casamento. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 262-275.
42. Jenkins, M. & Heustis, J. (2005). *Companioning at a time of perinatal loss: A guide for nurses, physicians, social workers, chaplains and other bedside caregivers*. Fort Collins, CO: Companion Press.
43. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
44. Kamm S., Vandenberg, B. (2001). Grief communication, grief reactions and marital satisfaction in bereaved parents. *Death Studies*, 25(7). Doi: 10.1080/07481180126576
45. Kavanaugh, K. & Wheeler, S. R. (2003). When a baby dies: Caring for bereaved families. In C. Kenner, & J. W. Lott (Eds.), *Comprehensive neonatal nursing: A physiologic perspective*. Philadelphia: WB Saunders, 108-126
46. 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.
47. Kubler-Ross, Elizabeth (2008). *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes*. 9. Ed. São Paulo: Martins Fontes.
48. Lang, A.; Goulet, C. & Amsel, R. (2004). Explanatory model of health in bereaved parents post-fetal/infant death. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 869-880. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.03.013
49. Lemos, L. F. S., & da Cunha, A. C. B. (2015). Concepções sobre morte e luto: experiência feminina sobre a perda gestacional. *Psicologia: ciência e profissão*, 35(4), 1120-1138.

50. Litzinger, S., & Gordon, K. (2005). Exploring relationship among communication, sexual satisfaction and marital satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, 209-424.
51. Machado, L. M. (2007). *Satisfação e insatisfação no casamento: Os dois lados de uma mesma moeda? Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.*
52. Magagnin, C.; Korbes, J.; Hernandez, J. E.; Cafruni, S.; Tailor R.; Zarpelon, M. (2003). Da conjugalidade à parentalidade: gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. *Aletheia. Canoas*, n. 17-18, p. 41-52.
53. Matos, M. G., & Magalhães, A. S. (2014). Tornar-se pais: Sobre a expectativa de jovens adultos. *Pensando Famílias*, 18(1), 78-91.
54. Marinho, A. et al. (2007). O processo de luto na vida adulta decorrente da morte de um ente querido. *Monografia, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro.*
55. McGreal, D., Evans, B. J., & Burrows, G. D. (1997). Gender differences in coping following loss of a child through miscarriage or stillbirth: A pilot study. *Stress medicine*, 13(3), 159-165.
56. Menezes, C. C. & Lopes, R. C. S. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: Gestação até deztoito meses do beb . *Itatiba: Psico-USF*, 12, 83-93.
57. Merves-Okin, L., Amidon, E., & Bernt, F. (1991). Perceptions of intimacy in marriage: A study of married couples. *The American Journal of Family Therapy*, 19, 110-118.
58. Moulder, C. (1994). *Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12(1), 65–67. doi:10.1080/02646839408408869
59. Narciso, I. (2001). *Conjugalidades satisfeitas mas não perfeitas:   procura do padrão que liga. Tese de doutoramento apresentada   Faculdade de Psicologia e Ciências da Educa o da Universidade de Lisboa.*

60. Narciso, I., & Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de ler.
61. Neimeyer, R. A., Baldwin, S. A., & Gillies, J. (2006). Continuing bonds and reconstructing meaning: Mitigating complications in bereavement. *Death studies*, 30(8), 715-738.
62. Piccinini, C. A., Silva, M. R., Ribeiro, T. G., Sobreira, R. L., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.
63. Rando, T. A. (2000). Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones, and their caregivers. *Champaign, IL: Research Press*.
64. Reich, J. W., Zautra, A. J. & Hall, J. S. (2010). *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford Press.
65. Renshaw, K., Blais, R., & Smith, T. (2010). Components of negative affectivity and marital satisfaction: The importance of actor and partner anger. *Journal of Research in Personality*, 44, 328-334
66. Ritchie, J., Lewis, J., & Elam, G. (2003). *Designing and selecting samples* (pp. 77-108). London: Sage.
67. Rios, T. S., dos Santos, C. S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2016). Elaboração do processo de luto após uma perda fetal: relato de experiência. *Revista de Psicologia da IMED*, 8(1), 98-107.
68. Rolim, L. & Canavarro, M. C. (2001). Perdas e luto durante a gravidez e o puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.). *Psicologia da gravidez e da maternidade*, 255-297.
69. Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.
70. Sanders, C. M. (1999). Grief: the mourning after: dealing with adult bereavement. (2nd Ed). *New York, NY, US: John Wiley & Sons*.

71. Serrano, F., & Lima, M. L. (2006). Recurrent miscarriage: psychological and relational consequences for couples. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(4), 585-594.
72. Sousa, J. (2006). As famílias como projectos de vida: O desenvolvimento de competências resilientes na conjugalidade e na parentalidade. *Saber (e) Educar* 11, 41–47.
73. St John, A., Cooke, M. & Goopy, S. (2006). Shrouds of silence: three women's stories of prenatal loss. *Aust J Adv Nurs*, 23(3), 8-12.
74. Stroebe M. S., Schut H. A.W. (2010). The Dual Process Model of Coping with Bereavement: A Decade on. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, DOI: 10.2190
75. Stroebe, M., Schut, H. & Finkenauer, C. (2013) Parents coping with the death of their child: From individual to interpersonal to interactive perspectives, *Family Science*, 4(1), 28-36, Doi: 10.1080/19424620.2013.819229
76. Stroebe M. S., Schut H. A. W. (2016). Overload: A Missing Link on the Dual Process Model? *OMEGA-Journal of Death and Dying*, DOI: 10.1177/0030222816666540
77. Taku, K., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Gil-Rivas, V., Kilmer, R. P. & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety, Stress & Coping*, 20(4), 353-367.
78. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471.
79. Toller, P. W., Braithwaite, D. O. (2009). Grieving Together and apart: Bereaved parents contradictions of marital interaction. *Journal of Applied Communication Research*, 37.
80. Vanderwerker, L. C., & Prigerson, H. G. (2004). Social support and technological connectedness as protective factors in bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 9(1), 45-57.

81. Walsh, F. (2016) *Family resilience: strengths forged through adversity*. In: Walsh F. Normal family processes: growing diversity and complexity.
82. Walsh, F., & McGoldrick, M. (1998). A family systems perspective on loss, recovery and resilience. In *Working with the Dying and Bereaved* (pp. 1-26). Palgrave, London.
83. Wing, D. G., Clance, P. R., Burge-Callaway, K., & Armistead, L. (2001). Understanding gender differences in bereavement following the death of an infant: Implications for treatment. *Psychotherapy*, 38, 60-73. doi:10.1037/0033-3204.38.1.60
84. Worden, J. W. (1998). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
85. Worden, J. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. New York: Springer.
86. World Health Organization (2006). Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates. *Geneve: Author*.

## **ANEXOS**

## ANEXO 1 – CONSENTIMENTO INFORMADO

Universidade Católica do Porto



### Consentimento Informado

No âmbito da realização da Dissertação como requisito para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, na especialização de Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Psicologia a Universidade Católica do Porto, pretende-se levar a cabo um estudo cujo objetivo principal é o de compreender a perceção do pai e da mãe acerca do impacto da perda gestacional na dinâmica conjugal. A sua colaboração é muito importante para podermos desenvolver uma intervenção que possa ajudar outros pais a lidar com esta situação. Esta investigação será conduzida por Maria Inês Costa (Investigadora Principal), com a orientação da Professora Doutora Elisa Veiga.

Para este estudo é necessário realizar-se uma entrevista que será gravada em áudio, no sentido de garantir um maior rigor na análise dos dados, estando garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes. No caso de não pretender falar sobre determinado assunto, a sua decisão será inteiramente respeitada. Os testemunhos recolhidos serão utilizados apenas no âmbito deste estudo. Não estão previstos quaisquer riscos que possam advir da sua participação. A sua participação é totalmente voluntária, pelo que poderá optar por interromper ou desistir em qualquer momento ao longo do processo. Concluimos este documento informativo, reforçando a nossa disponibilidade para responder a quaisquer dúvidas que possam surgir ao longo do processo, podendo contactar para qualquer dúvida o investigador principal através do telefone – (contacto telefónico) ext. XXX, ou do mail: (e-mail do investigador).

Desde já, muito obrigada pela sua colaboração!

Eu, (nome completo do participante) \_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que vou participar.

Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento dos objetivos, os métodos, os benefícios previstos e eventuais riscos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo,

Por isso, consinto a minha participação no estudo proposto pelo investigador.

Data ...../...../.....

Data ...../...../.....

Assinatura do Investigador

Assinatura do participante

## ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

### Questionário sociodemográfico

#### 1) Dados Demográficos

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

#### Estado Civil:

Solteira/o  Casada/União de facto  Divorciada/o ou Separada/o  Viúva/o

#### Escolaridade:

1. Analfabeto/a
2. 1º Ciclo Ensino Básico (4.º ano)
3. 2º Ciclo Ensino Básico (5.º e 6.º ano)
4. 3º Ciclo Ensino Básico (9.º ano)
5. Ensino Secundário (12.º ano)
6. Bachelato/Licenciatura
7. Mestrado/Doutoramento

#### Situação profissional:

Empregado  Desempregado  Estudante  Outra \_\_\_\_\_

**Se empregado especifique qual a sua profissão:**

---

**Agregado Familiar:**

1. Vive sozinha/o
2. Vive sozinha/o com os filhos
3. Vive com o marido/companheiro/a
4. Vive com os pais
5. Vive com o marido/companheiro/a e os filhos

Nº de filhos: \_\_\_\_

6. Vive com amigos/colegas

Outro: \_\_\_\_\_

**2) Dados Clínicos**

**A) Gravidez**

**Número de gravidezes anteriores:** \_\_\_\_\_

**Número de perdas:** \_\_\_\_\_

**B) Dados relativos à perda gestacional**

**Causas da perda gestacional:**

1. Causa desconhecida
2. Causa conhecida

(especifique a causa) \_\_\_\_\_

**Número de semanas de gestação em que ocorreu/ram a/s perda/s:**

\_\_\_\_\_

**C) História Psiquiátrica Prévia**

**Necessitou de alguma ajuda ou de efetuar algum tratamento psicológico/psiquiátrico ao longo da sua vida:**

Sim

Não

Se sim, especifique quando (infância, adolescência, idade adulta) qual o motivo do tratamento e a duração: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO 3 – DESCRIÇÃO DO SISTEMA GERAL DE CATEGORIAS

<b>ANTES DA PERDA</b> <i>(descrição do perfil psicológico; vivência da relação conjugal; vivência da gravidez; idealização, expectativas, preocupações; projetos futuros)</i>			
<b>1.1. Características da relação conjugal</b> <i>(codifica o texto que remete para a caracterização da relação conjugal)</i>			
Código	Designação	Número de fontes/ referências	Exemplo dos dados
<b>1.1.1</b>	Avaliada como positiva	<b>6/18</b>	
<b>1.1.2</b>	boa relação	<b>2/2</b>	<i>“Hum, era uma boa relação” (PL)</i>
<b>1.1.3</b>	casal bem disposto	<b>2/2</b>	<i>“Hum, sim nos eramos um casal bem disposto” (MSM)</i>
<b>1.1.4</b>	Cumplicidade	<b>2/2</b>	<i>“muita cumplicidade, amizade, hum (...)” (PL)</i>
<b>1.1.5</b>	desafio de mudar de país	<b>1/1</b>	<i>“O nosso maior desafio foi na altura que há 11 anos atrás, quando disse à minha esposa que vinha para a Suíça e que íamos procurar uma resposta” (PJC)</i>
<b>1.1.6</b>	descoberta mútua	<b>1/1</b>	<i>“ (...) procurava encontrar-se mutuamente, porque a vida em namoro é uma coisa e em casal é outra e temos que nos tentar descobrir mutuamente.” (MSM)</i>
<b>1.1.7</b>	desejo de ser família	<b>2/3</b>	<i>“queríamos constituir a nossa família. Era uma relação longa e faria sentido passar a essa fase.” (MAF)</i>
<b>1.1.8</b>	estável	<b>5/5</b>	<i>“Hum, éramos um casal normal, estável” (MSM).</i>
<b>1.1.9</b>	momentos positivos	<b>1/1</b>	<i>“com momentos muito positivos, com as discussões normais de um casal jovem em adaptação mútua.” (PPT)</i>
<b>1.1.10</b>	tranquila	<b>1/1</b>	<i>“Estávamos tranquilos” (MAF)</i>
<b>1.1.11</b>	Avaliada como negativa	<b>3/4</b>	
<b>1.1.12</b>	relação com altos e baixos	<b>2/2</b>	<i>“Mas era uma relação com altos e baixos como todas, mas pronto (...)” (MAF)</i>
<b>1.1.13</b>	Teimosias	<b>1/1</b>	<i>“É claro que sempre tivemos as nossas teimosias” (MFS)</i>
<b>1.1.14</b>	Temos as nossa diferenças	<b>1/1</b>	<i>“Sempre tivemos as nossas</i>

			diferenças” (MFS)
<b>1.2. Características Pessoais</b>			
<i>(codifica texto que remete para as características pessoais dos participantes antes da perda)</i>			
<b>1.2.1</b>	Alegria	<b>2/3</b>	“Antes das perdas sempre fui uma pessoa muito alegre” (MSM)
<b>1.2.2</b>	ambicioso	<b>1/1</b>	“ambicioso mas sempre com uma perspectiva positiva da vida.” (PPT)
<b>1.2.3</b>	boa na gestão de problemas	<b>1/1</b>	“Sou boa na gestão de situações de problemas.” (MAF)
<b>1.2.4</b>	Boa observadora	<b>2/2</b>	“Sim, sou uma pessoa bastante observadora.” (MAF)
<b>1.2.5</b>	Bom ser humano	<b>1/1</b>	“Acho que sou um bom ser humano, modéstia à parte” (MFS)
<b>1.2.6</b>	comunicativa	<b>1/1</b>	“comunicativa” (MFS)
<b>1.2.7</b>	Cuidadora	<b>1/1</b>	“essencialmente uma cuidadora” (MFS)
<b>1.2.8</b>	Empática	<b>1/2</b>	“tenho empatia pela pessoa.”(MAF)
<b>1.2.9</b>	Focado	<b>1/1</b>	(hum, sei lá, nunca tinha pensado...focado” (PL)
<b>1.2.10</b>	Honesta	<b>1/1</b>	“acho que sou uma pessoa honesta” (MFS)
<b>1.2.11</b>	Ideias muito vincadas	<b>1/1</b>	“temos ambos personalidades forte e ideias muito vincadas sobre um assunto” (MFS)
<b>1.2.12</b>	Personalidades fortes	<b>1/1</b>	“temos ambos personalidades forte e ideias muito vincadas sobre um assunto” (MFS)
<b>1.2.13</b>	Perspicaz	<b>1/1</b>	“perspicaz” (MFS)
<b>1.2.14</b>	pessoa reservada	<b>1/2</b>	“com primeira impressão de reservada.” (PPT)
<b>1.2.15</b>	pessoa serena	<b>2/2</b>	“É assim, eu caracterizo-me uma pessoa normal, pacata, hum, e acho que é tudo. “ (PJC)
<b>1.2.16</b>	pessoa simpática	<b>1/1</b>	“Sou bastante dada” (MAF)
<b>1.2.17</b>	positivo	<b>1/1</b>	“Geralmente positiva” (PPT)
<b>1.2.19</b>	Preocupada	<b>1/1</b>	“Uma pessoa preocupada com os outros” (MFS)
<b>1.2.19</b>	preocupado	<b>1/1</b>	“preocupado com o futuro e o bem estar dos que me são próximos”

			<i>(PPT)</i>
<b>1.2.20</b>	proativo	<b>1/1</b>	<i>“Ui (risos), hum, é difícil...bastante proativo”(PL)</i>
<b>1.2.21</b>	racional	<b>1/1</b>	<i>“Considero-me uma pessoa normal, muito racional” (PPT)</i>
<b>1.2.22</b>	resiliente	<b>1/1</b>	<i>“resiliente, hum, bem, mas pronto pode ficar assim (risos).” (PL)</i>
<b>1.2.23</b>	Respeitadora	<b>1/1</b>	<i>“respeitadora” (MFS)</i>
<b>1.2.24</b>	sentido de família	<b>1/1</b>	<i>“com intenso sentido de família” (PPT)</i>

### *1.3. Insatisfação conjugal*

*( codifica fatores que estão associados a insatisfação conjugal)*

<b>1.3.1</b>	afastamento emocional	<b>1/1</b>	<i>“algum afastamento emocional” (PPT)</i>
<b>1.3.2</b>	desafios do início da vida conjugal	<b>2/2</b>	<i>“Nesse aspeto, hum, como já referi anteriormente, o início de uma vida conjugal...” (MSM)</i>
<b>1.3.4</b>	Diferenças pessoais	<b>3/3</b>	<i>“O grande desafio da nossa relação tem sido a compatibilização de feitios (...)” (PPT)</i>
<b>1.3.5</b>	dificuldade da rotina	<b>1/2</b>	<i>“A rotina do dia a dia, estava a ser complicado termos a mesma disponibilidade.” (MAF)</i>
<b>1.3.6</b>	dificuldade na resolução dos problemas	<b>1/1</b>	<i>“O facto de se não resolver logo os assuntos que estavam na origem de algumas discussões.” (PPT)</i>
<b>1.3.7</b>	dificuldades de consenso	<b>1/1</b>	<i>“Hum...o grande desafio,.hum, exigirmos um consenso enquanto casal” (MSM)</i>
<b>1.3.8</b>	não me acompanha nos meus projetos	<b>1/2</b>	<i>“a sensação, por vezes, de não me sentir acompanhado nas ideias e projetos que propunha. “(PPT)</i>
<b>1.3.9</b>	Teimosia de ambos	<b>2/3</b>	<i>“(…) a teimosia de ambos, sempre foi o nosso problema (...)” (PL)</i>
<b>1.3.10</b>	tensão em torno de uma nova gravidez	<b>1/1</b>	<i>“Já tínhamos uma e já não estava esperançado em que acontecesse porque a F. o não desejava, o que me</i>

			<i>entristecia, o que também era fator de tensão entre nós. (PPT)</i>
<b>1.4. Satisfação Conjugal</b>			
<i>(codifica o texto que descreve fatores de satisfação conjugal)</i>			
<b>1.4.1</b>	apoio	<b>2/2</b>	<i>“termos de apoio, estávamos lá um para o outro, no fundo é isto.” (MSM)</i>
<b>1.4.2</b>	carinhosos	<b>1/1</b>	<i>“éramos conhecidos pela forma carinhosa como sempre nos apresentávamos, hum, perante todos, hum, pronto” (MSM)</i>
<b>1.4.3</b>	construção de um futuro a dois	<b>2/2</b>	<i>“O facto de estarmos juntos a construir um futuro conjunto.” (PPT)</i>
<b>1.4.4</b>	contrariar a rotina juntos	<b>1/1</b>	<i>“a disponibilidade de contrariar os problemas e ir um bocadinho contra a rotina, isso é bastante importante.” (MAF)</i>
<b>1.4.5</b>	dedicação mútua	<b>1/1</b>	<i>“Nem sempre que se consegue, mas pelo menos há uma vontade de dedicarmo-nos um ao outro.” (MAF)</i>
<b>1.4.6</b>	diálogo	<b>1/2</b>	<i>“mas resolvíamos e dialogávamos bastantes, resolvíamos qualquer problema. Caracterizava como uma relação normal, sim...” (PL)</i>
<b>1.4.7</b>	dinamismo	<b>1/1</b>	<i>“sempre tivemos uma relação bastante dinâmica” (PL)</i>
<b>1.4.8</b>	empatia	<b>1/1</b>	<i>(em termos que compreensão sempre nos compreendemos muito bem” (MSM)</i>
<b>1.4.9</b>	empenho familiar	<b>1/1</b>	<i>“termos já uma filha em comum, empenhados no seu bemestar, passearmos e convivermos com a restante família.” (PPT)</i>
<b>1.4.10</b>	Estabilidade	<b>2/2</b>	<i>“Na minha perspetiva era a nossa estabilidade enquanto casal (...)” (MFS)</i>
<b>1.4.11</b>	felicidade	<b>1/1</b>	<i>“mas éramos um casal feliz como ainda hoje somos, mas pronto, há sempre aqueles momentos em que vem à memória” (PJC)</i>
<b>1.4.12</b>	Gostar de estar juntos	<b>1/1</b>	<i>“Gostamos de fazer coisas juntos (...)” (PL)</i>

1.4.13	Harmonia familiar	1/1	<i>“Acho que havia harmonia familiar”</i>
1.4.14	Marido divertido	1/1	<i>“(…) o meu marido (…) era quem mais me fazia rir.” (MFS)</i>
1.4.15	momentos de intimidade	1/1	<i>“Também os momentos de intimidade, eram importantes para a nossa vivência em comum.” (PPT)</i>
1.4.16	Proximidade	1/1	<i>“(…) a nossa proximidade” (MFS)</i>
<b>1.5. Vivência da Gravidez</b>			
<i>(codifica os enunciados que descrevem o período da gravidez)</i>			
1.5.1	gravidez planeada	3/3	<i>“Sim sim, foi planeada, foi desejada, hum e pronto foi...falamos disso.” (MSM)</i>
1.5.2	não planeada	1/2	<i>“Não foi uma gravidez planeada e muito menos esperada” (MFS)</i>
1.5.3	ambivalência numa nova gravidez	1/1	<i>“(…) Hum pronto, tinha vontade de ser mãe, mas sabia que os riscos eram maiores (...)” (MFS)</i>
1.5.4	comparação entre a nova gravidez e a anterior	1/1	<i>“(…) o médico dizia que estava tudo bem. Aliás a correr melhor que a minha gravidez anterior” (MFS)</i>
1.5.5	idealização do bebé	4/6	<i>“Mesmo com esta gravidez eu nunca parei para imaginar exatamente como seria o bebé, nem se seria menino ou menina.” (MAF)</i>
1.5.6	desenvolvimento do bebé	1/2	<i>“Era bom senti-la mexer e ver a barriga a crescer” (MFS)</i>
1.5.7	estímulos ao bebé durante a gravidez	1/2	<i>“(…) falava muito com ela, cantava-lhe muito (...)” (MFS)</i>
1.5.8	compreensão do pai face aos receios da companheira	1/1	<i>“(…) mas sempre me compreendeu nos meus receios acerca do assunto” (MFS)</i>
1.5.9	condição física anterior	1/1	<i>“(…) durante essa gravidez descobrimos que tenho um útero didelfos, que pões em risco todas as gravidezes” (MFS)</i>
1.5.10	consciência da filha mais velha de uma nova gravidez	1/1	<i>“(…) já percebia muita coisa do que se estava a passar” (MFS)</i>
1.5.11	desejo de uma irmã por parte da filha mais velha	1/1	<i>“(…) a nossa filha M. que estava sempre a pedir um irmão” (MFS)</i>
1.5.12	gravidez anterior de risco	1/1	<i>“(…) gravidez de risco e sempre com sobressaltos” (MFS)</i>
1.5.13	gravidez mais recente de risco	1/1	<i>“Tive sempre contrações e risco de aborto” (MFS)</i>

<i>1.5.1.1. Reação da mãe face à notícia da gravidez segundo a mãe</i>			
<i>(codifica enunciados que descrevem a reação da mãe face à notícia da gravidez)</i>			
<b>1.5.1.2</b>	choro	<b>1/1</b>	<i>“(…) a minha reação imediata foi logo de pânico e choro” (MFS)</i>
<b>1.5.1.2</b>	felicidade	<b>1/1</b>	<i>“Depois, obviamente estávamos felicíssimos,” (MAF)</i>
<b>1.5.1.3</b>	pânico	<b>1/1</b>	<i>“(…) a minha reação imediata foi logo de pânico e choro” (MFS)</i>
<b>1.5.1.4</b>	partilha da notícia com o marido	<b>1/1</b>	<i>“(…) partilhei imediatamente com o L. (…)” (MAF)</i>
<i>1.5.2. Reação do pai face à gravidez segundo a mãe</i>			
<i>(codifica os enunciados referentes à reação do pai face à notícia da gravidez segundo a mãe)</i>			
<b>1.5.2.1</b>	desilusão por o bebé não ser rapaz	<b>1/1</b>	<i>“(…) lembro-me da cara de desilusão dele quando soubemos na consulta” (MFS)</i>
<b>1.5.2.2</b>	entusiasmado	<b>1/1</b>	<i>“(…) o meu marido ficou muito feliz e entusiasmado” (MFS)</i>
<b>1.5.2.3</b>	felicidade	<b>2/3</b>	<i>“Depois, obviamente estávamos felíssimos, começasse a imaginar o período da gravidez, como será o bebé.” (MAF)</i>
<b>1.5.2.4</b>	vontade de ser pai	<b>1/1</b>	<i>“Ligou a toda a gente a dar a notícia...ele sempre teve vontade de ser pai novamente” (MFS)</i>
<i>1.5.3. Reação da mãe face à gravidez segundo o pai</i>			
<i>(codifica os enunciados referentes à reação da mãe face à notícia da gravidez segundo o pai)</i>			
<b>1.5.3.1</b>	desejo em ser mãe	<b>1/1</b>	<i>“era uma coisa que queríamos há algum tempo e se calhar a A. ainda há mais tempo que eu, hum, estávamos super felizes.” (MAF)</i>
<b>1.5.3.2</b>	felicidade	<b>1/1</b>	<i>“Ela reagiu muito bem, estávamos super contentes” (PL)</i>
<i>Reação do pai face à gravidez segundo o pai</i>			
<i>(codifica os enunciados referentes à reação do pai face à notícia da gravidez)</i>			
<b>1.5.3.3</b>	desilusão por não ser rapaz	<b>1/1</b>	<i>“Confesso que fiquei um pouco desiludido por saber que era outra menina. Mas foi sol de pouca dura. O que era importante era que fosse saudável.” (PPT)</i>

1.5.3.4	felicidade	2/3	<i>“Hum, foi de uma felicidade muito grande” (PL)</i>
<p>1.5.4. Representação da gravidez para a mãe segundo a mãe</p> <p><i>(codifica os enunciados que se referem à representação da gravidez na percepção da mãe (sonhos, desejos, receios, idealização))</i></p>			
1.5.4.2	curiosidade em conhecer o bebê	1/1	<i>“Sei que tinha uma curiosidade enorme de o conhecer.” (MAF)</i>
1.5.4.3	desejo em ser mãe	1/2	<i>“Portanto foi a realização de um desejo que já vinha de antes e que era super especial.” (MAF)</i>
1.5.4.4	esperança de uma gravidez bem sucedida	1/1	<i>“Passei uma gravidez com ansiedade, mas sempre com esperança que fosse tudo da minha imaginação” (MFS)</i>
1.5.4.5	felicidade	1/1	<i>“Foi o auge de felicidade na minha vida.” (MAF)</i>
1.5.4.6	medo	1/2	<i>“Para mim representou muito medo” (MFS)</i>
1.5.4.7	sensação de que a gravidez não ia correr bem	1/1	<i>“(…) sempre tive uma premonição de que esta não ia correr bem” (MFS)</i>
<p>1.5.5. Representação da gravidez para o pai segundo o pai</p> <p><i>(codifica os enunciados que se referem à representação da gravidez na percepção do pai (sonhos, desejos, receios, idealização))</i></p>			
1.5.5.1	aumentar a família	2/2	<i>“A gravidez da minha mulher representou para mim a referida alegria e mais um passo para o meu ideal de família.” (PPT)</i>
1.5.5.2	bebê amada	1/1	<i>“De resto se tudo tivesse corrido bem, seria amada, como ainda é, como uma princesa com a irmã mais velha foi.” (PPT)</i>
1.5.5.3	desejo em ver o progresso do bebê	1/1	<i>“Era acompanhada dia a dia, semana a semana. Compramos revistas da especialidade ia vendo o progresso do feto, Como já estava ao final de cada semana.” (PPT)</i>
1.5.5.4	momento importante	1/1	<i>“Hum, uma coisa bastante importante” (PL)</i>
<p>1.5.6. Representação da gravidez para a mãe segundo o pai</p> <p>1.5.7.</p> <p><i>(codifica os enunciados que se referem à representação da gravidez para a mãe, na percepção do pai (sonhos, desejos, receios, idealização))</i></p>			

<b>1.5.6.1</b>	medos	<b>1/1</b>	<i>“Invocou medos, receios, que infelizmente se vieram a concretizar.” (PPT)</i>
<b>1.5.6.2</b>	tristeza	<b>1/1</b>	<i>“Por sua vez para a minha mulher foi o contrário. Ficou triste, chorou, o que me entristeceu e até chocou.” (PPT)</i>
<i>1.5.8. Representação da gravidez para o pai segundo a mãe</i> <i>(codifica os enunciados que se referem à representação da gravidez, para o pai, na percepção da mãe (sonhos, desejos, receios, idealização))</i>			
<b>1.5.7.1</b>	desejo da partilha de planos	<b>1/1</b>	<i>“Mas sentia também feliz e de querer partilhar comigo os planos de ter um bebé e levar as coisas para nossa casa (...)” (MAF)</i>
<b>1.5.7.2</b>	felicidade	<b>1/2</b>	<i>“Ele ficou super feliz com o teste de gravidez e depois fomos ao medico, e fiz as primeiras análises porque isto foi nos primeiros 3 meses que as coisas correram mal.” (MAF)</i>
<b>1.5.7.3</b>	menos receios	<b>1/1</b>	<i>“Tinha menos receios que eu” (MFS)</i>
<b>1.5.7.4</b>	nervosismo em ser pai	<b>1/1</b>	<i>“Estava feliz e ao mesmo tempo nervoso porque... É tudo novo e de repente já há um bebé a envolver-se e a responsabilidade é gigante” (MAF)</i>
<b>1.5.7.5</b>	sonho em aumentar a família	<b>1/1</b>	<i>“Para o meu marido era quase um sonho aumentar a família” (MFS)</i>
<i>1.5.9. Suporte formal durante a gravidez</i> <i>(codifica os enunciados relativos ao suporte e acompanhamento médico durante a gravidez)</i>			
<b>1.5.8.1</b>	avaliado como positivo	<b>4/8</b>	<i>Codifica as citações referentes ao serviço formal avaliado como positivo</i>
<b>1.5.8.2</b>	acompanhamento médico	<b>3/4</b>	<i>“Fui bastante vigiada a nível médico durante a gravidez.” (MFS)</i>

<b>1.5.8.3</b>	apoio médico	<b>1/1</b>	<i>“Durante a gravidez tive sempre apoio médico e bastante vigilância” (MFS)</i>
<b>1.5.8.4</b>	médica serviço privado atenciosa	<b>2/3</b>	<i>“Tentou saber logo se eu ia ter consulta com a doutora que eu estava a acompanhar a seguir para que ela me ajudasse a perceber o que é que seria melhor fazer e eu disse que não tinha consulta marcada mas que iria falar com ela. Senti que houve preocupação com a situação.” (MAF)</i>
<b>1.5.10. Suporte informal durante a gravidez</b> <i>(codifica os enunciados referentes ao suporte do companheiro durante a gravidez)</i>			
<b>1.5.9.1</b>	perceção de suporte instrumental	<b>1/1</b>	<i>“(…) o meu marido fazia tudo para eu estar bem (…).” (MFS)</i>
<b>1.5.9.2</b>	perceção de suporte para com a filha mais velha	<b>1/1</b>	<i>“(…) e à M. Foi excepcional” (MFS)</i>
<b>1.5.9.3</b>	suporte emocional para com a mulher	<b>1/1</b>	<i>“Dava-me toda a atenção” (MFS)</i>
<b>1.5.11. Papel do pai durante a gravidez segundo o pai</b> <i>(codifica os enunciados referentes ao suporte prestado pelo pai, na sua perspetiva)</i>			
<b>1.5.10.1</b>	apoio	<b>2/2</b>	<i>“(…) e dei o apoio possível e era assim uma coisa muito natural.” (PL)</i>
<b>1.5.10.2</b>	apoio instrumental	<b>2/2</b>	<i>“O meu papel, tentava ajudar naquilo que podia. É o que eu digo, o que é que a gente pode fazer quando a esposa está grávida? É tentar ajudar no que ela precisava, se calha nem sempre, mas é como digo, tentar ajudar no que podia” (PJC)</i>
<b>1.5.10.3</b>	sempre presente	<b>2/2</b>	<i>“Hum (risos), quer dizer, eu acho que tive sempre presente.” (PL)</i>
<b>1.6. Consciência da Perda</b> <i>(consciência da perda a partir do momento que surgem os primeiros sinais; impacto físico, emocional, comportamental e cognitivo; perceção de suporte formal (médicos, profissionais de saúde) e informal (família, cônjuge e amigos)</i>			
<b>1.6.1. Primeiros sinais</b> <i>(codifica os enunciados que se referem aos primeiros sinais da consciência de que alguma</i>			

<i>coisa não estava bem durante a gravidez)</i>			
<b>1.6.1.1</b>	ambivalência emocional	<b>1/1</b>	<i>“Ao mesmo tempo tinha esperança (...)” (MFS)</i>
<b>1.6.1.2</b>	desconforto físico	<b>2/2</b>	<i>“Foi na madrugada em que a Fátima sentiu dores agudas, quando se encontrava já deitada.” (PPT)</i>
<b>1.6.1.3</b>	mau pressentimento	<b>2/2</b>	<i>“naquele momento senti que alguma coisa estava mal e pensei logo que tinha perdido o bebé.” (MAF)</i>
<b>1.6.1.4</b>	reação instrumental	<b>1/1</b>	<i>“fomos logo para o hospital” (MFS)</i>
<b>1.6.1.5</b>	sangramento	<b>3/8</b>	<i>“Depois o que aconteceu foi que por volta das 7 semanas da gravidez eu comecei a perder sangue.” (MAF)</i>
<b>1.6.1.6</b>	sentiu a bebé mexer de forma diferente	<b>1/1</b>	<i>“Deixei de sentir a bebé da mesma forma” (MFS)</i>
<p><b>1.6.1.7. Reações aos primeiros sinais</b> (Codifica enunciados referente às primeira reações após os primeiros sinais)</p>			
<b>1.6.1.8</b>	ansiedade	<b>2/2</b>	<i>“Quando a deixei de sentir da mesma forma fiquei ansiosa” (MFS)</i>
<b>1.6.1.8</b>	assustada	<b>2/4</b>	<i>“Estava sozinha. Eu estava bem e ao deitar-me vi que tinha um corrimento meio castanho como se fosse o final do periodo e fiquei muito assustada.” (MAF)</i>
<b>1.6.1.9</b>	choque	<b>1/1</b>	<i>“fiquei em estado de choque” (MFS)</i>
<b>1.6.1.10</b>	esperança	<b>2/2</b>	<i>“Mas há sempre uma esperança porque é uma coisa que desejamos muito.”(MAF)</i>
<b>1.6.1.11</b>	incontrolabilidade da situação	<b>1/1</b>	<i>“Depois com o tempo e uma análise posterior do problema, percebemos que não podíamos fazer nada e que aquilo estava fora do nosso controlo” (PL)</i>
<b>1.6.1.12</b>	medo	<b>4/7</b>	<i>“E tive imenso medo que tivesse</i>

			<i>perdido o bebê e tentar manter a maior calma possível.” (MAF)</i>
<b>1.6.1.13</b>	pensamento positivo	<b>1/1</b>	<i>“O pensamento foi sempre positivo. Pensei que era a bebê a querer sair mais cedo, que tudo ia acabar em bem. “ (PPT)</i>
<b>1.6.1.14</b>	preocupação com o bebê real	<b>2/3</b>	<i>“(…) uma preocupação por um outro ser, uma preocupação muito maior que podia ter comigo e foi o medo, estar assustado com o nosso filho. Foi uma coisa boa para mim, sim.” (PL)</i>
<b>1.6.1.15</b>	procura de auxílio espiritual	<b>1/1</b>	<i>“Rezava em silêncio para que tudo estivesse bem e esperava que me viessem anunciar que o bebê ia nascer. Mas não foi isso que aconteceu.” (PPT)</i>

#### *1.7. Transmissão da notícia da perda*

*(codifica os enunciados relativos a como foi transmitida a notícia de que a gravidez não estava bem)*

<b>1.7.1</b>	ausência de assertividade por parte dos médicos	<b>3/6</b>	<i>“(…) na verdade nunca me foi transmitida” (MFS)</i>
<b>1.7.2</b>	médicos incapazes de verbalizar a notícia	<b>1/1</b>	<i>“(…) nenhum dos dois foi capaz de me dar a notícia” (MFS)</i>

#### *1.8. Primeiras reações face à notícia da perda*

*(codifica os enunciados referentes as reações emocionais e comportamental no momento imediato à perda)*

<b>1.8.1</b>	preocupação com a mulher	<b>2/2</b>	<i>“Pensei logo na F., como ela estaria, pois não estava com ela.” (PPT)</i>
<b>1.8.2</b>	reação instrumental	<b>2/2</b>	<i>“A minha reação logo de seguida foi reagir.” (PPT)</i>
<b>1.8.3</b>	sincronização do momento real	<b>3/4</b>	<i>“Como se o corpo precisasse de tomar consciência do que estava efetivamente a acontecer.” (MAF)</i>

#### *1.8.4. Impacto comportamental*

*(codifico impacto comportamental sentido imediatamente após a notícia da perda)*

<b>1.8.4.1</b>	falta de apetite	<b>1/1</b>	<i>“(...) na primeira noite (...) não conseguia comer, falar, chorar.” (MFS)</i>
<b>1.8.4.2</b>	não consegue chorar	<b>1/1</b>	<i>“(...) na primeira noite (...) não conseguia comer, falar, chorar.” (MFS)</i>
<b>1.8.4.3</b>	não consegue falar	<b>1/1</b>	<i>“(...) na primeira noite (...) não conseguia comer, falar, chorar.” (MFS)</i>
<i>1.8.4.5. Impacto emocional (codifica as emoções sentidas imediatamente após a notícia da perda)</i>			
<b>1.8.4.6</b>	abalo	<b>1/1</b>	<i>“É muito complicado, mas é assim...abalou-me muito, tanto o segundo como o terceiro, porque o primeiro foi uma surpresa e não senti tanta emoção (...)” (PJC)</i>
<b>1.8.4.7</b>	choque	<b>2/2</b>	<i>“(...) o choque, apesar de ser uma coisa que de alguma maneira o risco estava sempre iminente (...)” (PL)</i>
<b>1.8.4.8</b>	choro	<b>3/3</b>	<i>“Fui para casa. Atirei-me ao chão da sala e chorei, chorei, gritei.” (PPT)</i>
<b>1.8.4.9</b>	culpa	<b>1/1</b>	<i>“comecei a sentir muita culpa” (MFS)</i>
<b>1.8.4.10</b>	desilusão	<b>1/1</b>	<i>“Não a vi nessa altura, senti-me sozinho, perdido, desiludido.” (PPT)</i>
<b>1.8.4.11</b>	despersonalização	<b>1/2</b>	<i>“Fazia o que me pediam, mas não estava ali” (MFS)</i>
<b>1.8.4.12</b>	queria estar sozinha	<b>1/1</b>	<i>“Era eu muita vezes que queria estar sozinha” (MFS)</i>
<b>1.8.4.13</b>	sensação de tempo parado	<b>1/2</b>	<i>“Num primeiro momento é como se tudo à minha volta parasse.” (MAF)</i>
<b>1.8.4.14</b>	tristeza	<b>2/2</b>	<i>“Quando foi confirmada a perda na ecografia, hum, foi uma tristeza enorme (...)” (PL)</i>
<b>1.8.4.15</b>	vazio	<b>1/1</b>	<i>[“Não conseguíamos dizer mais nada, era um vazio total” (MFS)].</i>
<i>1.8.5. Perceção das reações do companheiro/a face à perda</i>			
<b>1.8.5.1</b>	desgosto	<b>1/2</b>	<i>“Ele ficou destroçado, mas nunca me mostrou” (MFS)</i>
<b>1.8.5.2</b>	o acabar de um sonho	<b>1/1</b>	<i>“Acho que para ele foi o acabar de um sonho” (MFS)</i>
<i>1.8.6. Perceção de suporte a seguir à perda (codifica os enunciados referentes ao suporte dado após a perda, formal e informal)</i>			
<i>1.8.6.1. Suporte formal (codifica perceção que os pais têm acerca do suporte formal fornecido após a perda)</i>			

<b>1.8.6.1.1</b>	Avaliado como negativo	<b>5/12</b>	Codifica as citações referentes ao que é avaliado como negativo do suporte formal
<b>1.8.6.1.2</b>	desinteresse por parte do obstetra particular	<b>2/3</b>	<i>“Como referi atrás o médico obstetra que a acompanhava deixou muito a desejar. Não prestou qualquer apoio.” (PPT)</i>
<b>1.8.6.1.3</b>	falta de apoio do serviço português	<b>1/1</b>	<i>“ Em Portugal, quando eu lhe disse que fizemos exames atrás de exames e a resposta foi “olha, prontos, temos que tentar outra vez e tal”, uma pessoa faz montes de exames, gasta rios de dinheiros várias vezes, faz-me sofrer a mim e à esposa e sem ter uma certeza, sem darem esperança.” (PJC)</i>
<b>1.8.6.1.4</b>	frieza de serviço médico	<b>2/3</b>	<i>“As enfermeiras que vi pareceram-me sempre frias, insensíveis ao evento.” (PPT)</i>
<b>1.8.6.1.5</b>	não sabem como reagir	<b>1/1</b>	<i>“nos casos de morte fetal, não sabem como reagir” (MFS)</i>
<b>1.8.6.1.6</b>	sem apoio físico e emocional	<b>4/4</b>	<i>“(…) não há muito apoio físico e emocional com estas mulheres. Foi o que aconteceu comigo.” (MFS)</i>
<b>1.8.6.1.7</b>	Avaliado como positivo	<b>4/9</b>	Codifica as citações referentes ao que é avaliado como positivo do suporte formal
<b>1.8.6.1.8</b>	envolvimento da médica do serviço privado	<b>1/2</b>	<i>“hum, ela foi uma querida e disse que não havia historial familiar e que era uma rapariga nova e saudável, não acreditava que houvesse uma causa que levasse à perda do bebé, que achava que era mesmo uma coisa natural” (MAF)</i>
<b>1.8.6.1.9</b>	envolvimento no internamento	<b>2/2</b>	<i>“Mas depois os médicos com quem eu lidei na altura do aborto (...) ajudaram a tranquilizar essa parte de “a culpa é minha.” (MAF)</i>
<b>1.8.6.1.10</b>	médicos do serviço público atenciosos e eficazes	<b>2/3</b>	<i>“às vezes nem sempre acontece no público, mas a equipa foi eficaz nessa altura.” (MFS)</i>
<b>1.8.6.1.11</b>	preocupação exaustiva do médico no serviço suíço	<b>1/2</b>	<i>“(…) Ele logo a seguir preocupou-se em dizer que não íamos desistir (...)” (PJC)</i>
<b>1.8.6.1.12</b>	bons e maus médicos	<b>1/1</b>	<i>“Portanto, posso dizer que encontrei de tudo. Encontrei bons médicos, bons seres humanos e também maus.” (MSM)</i>

<b>1.8.6.1.13</b>	causa da perda desconhecida	<b>2/3</b>	<i>“Hum, não houve nenhuma causa conhecida para...” (MAF)</i>
<i>1.8.6.2. Suporte informal (codifica percepção que os pais têm acerca do suporte formal fornecido após a perda)</i>			
<i>1.8.6.2.1. Cônjuge</i>			
<b>1.8.6.2.1</b>	apoio emocional	<b>1/1</b>	<i>“Foi abraçar-me e chorámos ali os dois” (MFS)</i>
<b>1.8.6.2.2</b>	partilha da dor	<b>1/1</b>	<i>“Foi abraçar-me e chorámos ali os dois” (MFS)</i>
<b>1.8.6.2.3</b>	permaneceu ao lado da mulher	<b>1/1</b>	<i>“Sim, ele acompanhou-me sempre (...)” (MAF)</i>
<i>1.8.6.2.4. Família e amigos</i>			
<b>1.8.6.2.5</b>	Avaliado como desadequado	<b>4/6</b>	Codifica as citações referente ao que é avaliado como desadequado do suporte informal
<b>1.8.6.2.6</b>	desadequação da abordagem	<b>1/1</b>	<i>[“(...) acabam por dizer alguma coisas que não são apropriadas (...)” (MAF)].</i>
<b>1.8.6.2.7</b>	desvalorização da morte em caos de morte fetal	<b>2/3</b>	<i>“Há sempre aqueles amigos que estão sempre do nosso lado e há aqueles que dizem, ah isso acontece, são novos e isso não é nada (...)” (PJC)</i>
<b>1.8.6.2.8</b>	família evitava abordar o assunto	<b>1/1</b>	<i>“Hum, a minha família sempre evitou abordar o tema...” (MSM)</i>
<b>1.8.6.2.9</b>	necessidade de ultrapassar rapidamente a perda	<b>1/1</b>	<i>“(...) eles querem que sejamos fortes e que ultrapássemos a situação e que voltemos a tentar, hum, não é?” (MAF)</i>
<b>1.8.6.2.10</b>	Avaliado como positivo	<b>4/7</b>	Codifica as citações referente ao que é avaliado como positivo do suporte informal
<b>1.8.6.2.11</b>	deram apoio	<b>3/3</b>	<i>“mas a nível de apoio, acho que sempre deram apoio e deram-nos força.” (PJC)</i>
<b>1.8.6.2.12</b>	não intrusivos	<b>1/1</b>	<i>“Deram-nos espaço para gerir as emoções. Não os senti intrusivos.” (PPT)</i>
<b>1.8.6.2.13</b>	nunca a deixaram sozinha	<b>1/1</b>	<i>“A família sempre esteve lá, nunca me deixaram sozinha” (MFS)</i>
<b>1.8.6.2.14</b>	preocupação	<b>2/2</b>	<i>“Do lado da família, embora</i>

			<i>estivessem preocupados e ligassem para saber (...)" (PPT)</i>
<p>1.8.7. <i>Percepção do suporte do pai, segundo o pai</i></p> <p><i>(Codifica os enunciados referentes à percepção que o pai tem do suporte prestado)</i></p>			
1.8.7.1	apoio	2/4	<i>"Hum, tentei dar o máximo apoio possível." (PL)</i>
1.8.7.2	presença	3/3	<i>"Limitei-me a estar presente, sabendo do grande sofrimento em que estávamos os dois." (PPT)</i>
<p>1.9. <i>Perdas</i></p> <p><i>(enunciados referentes a três perdas, pelas quais um casal passou)</i></p>			
1.9.1	Primeira	2/4	Codifica as citações referentes à primeira perda de um casal
1.9.2	Segunda	2/5	Codifica as citações referentes à segunda perda de um casal
1.9.3	Terceira	2/2	Codifica as citações referentes à terceira perda de um casal
<p>1.10. <i>Processo de luto</i></p> <p><i>[(dimensão individual (necessidades sentidas; impacto na identidade; mecanismos de coping; impacto nas características pessoais; impacto ao nível de projetos futuros; impacto ao nível do estilo de vida); dimensão conjugal ( impacto percebido no cônjuge; impacto percebido na relação conjugal; percepção de suporte; percepção da necessidades do outro; comunicação; impacto nas relações íntimas);]</i></p>			
<p>1.10.1. <i>Dimensão individual</i></p> <p><i>(necessidades sentidas; impacto na identidade; mecanismos de coping; impacto nas características pessoais; impacto ao nível de projetos futuros; impacto ao nível do estilo de vida)</i></p>			
<p>1.10.1.1. <i>Impacto emocional</i></p> <p><i>(codifica os enunciados referentes ao impacto a nível emocional, no processo de luto)</i></p>			
1.10.1.2	arrependimento por não ter cumprido os rituais fúnebres	1/1	<i>"Hoje arrependo-me. Se calhar devia tê-la visto. Se calhar devia tê-la enterrado num cemitério onde pudesse visitá-la em vez de doá-la ao Hospital. Não sei." (PPT)</i>
1.10.1.3	carga emocional desgastante	1/1	<i>"E pronto, foi um procedimento muito difícil, porque é desgastante, é doloroso, mas a carga emocional é horrível (emocionou-se)." (MAF)</i>
1.10.1.4	fuga da realidade	1/1	<i>"foi um momento de fugir um bocado à realidade" (PL)</i>

<b>1.10.1.5</b>	sentimento de culpa	<b>2/4</b>	<i>“Sentia-me culpada pela nossa desgraça, aliás, ainda agora não fui capaz de me libertar desta culpa.” (MFS)</i>
<b>1.10.1.6</b>	sintomas depressivos	<b>1/2</b>	<i>“(…) depressão muito grande, ao ponto de ter uma depressão muito profunda e que nada valia a pena” (MSM)</i>
<b>1.10.1.7</b>	sofrimento psicológico	<b>1/1</b>	<i>“o homem não sente fisicamente, mas sente a dor de quando se está com alguém que sofreu e ver o que ela diz que sofreu no bloco é um bocado doloroso. Eu cheguei muitas vezes na segunda se valia a pena tentarmos fazer aquilo ou não.” (PJC)</i>
<b>1.10.1.8</b>	vínculo profundo com o bebé	<b>1/1</b>	<i>“Mas tenho a certeza que a minha ligação era já profunda com aquela bebé.” (PPT)</i>
<i>1.10.2 Impacto nas características pessoais (impacto nas características pessoais, apresentadas anteriormente pelos participantes)</i>			
<b>1.10.2.1</b>	a pessoa que era antes desapareceu	<b>1/2</b>	<i>“eu deixei de ser aquela pessoa que descrevi no início da nossa conversa.” (MSM)</i>
<b>1.10.2.2</b>	ausência de reação	<b>1/1</b>	<i>“Fora dali não me permitia falar e chorar, deixei de reagir.” (MSM)</i>
<b>1.10.2.3</b>	baixa autoestima	<b>1/1</b>	<i>“Fiquei com muito menos autoestima” (MFS)</i>
<b>1.10.2.4</b>	desfrutar das pessoas que o rodeiam	<b>1/1</b>	<i>“Sim, hum sei lá fez-me desfrutar mais das coisas, das pessoas, da minha mulher, do meu filho que tenho agora” (PL)</i>
<b>1.10.2.5</b>	dificuldade em questões relacionadas com gravidezes	<b>1/3</b>	<i>“tentava evitar ir a sítios onde não me expunha a grávidas, estava sempre a pensar no tamanho da minha barriga e no parto, hum, e depois há sempre aquela questão “Porque é que me aconteceu a mim?”, e então, inicialmente teve bastantes consequências na rotina do dia a dia.” (MAF)</i>

<b>1.10.2.6</b>	dificuldade em ver outras crianças ou que os amigos vão ser pais	<b>1/2</b>	<i>“Para mim era complicado, eu chegava a ir trabalhar na fábrica e chegar um colega à minha beira a dizer que ia ser pai e sabe que é difícil.” (PJC)</i>
<b>1.10.2.7</b>	focada na própria dor	<b>1/1</b>	<i>“Só que é uma experiência tão difícil que, eu pelo menos fiquei muito focada na dor e na perda.” (MAF)</i>
<b>1.10.2.8</b>	hipervigilante em relação a doenças	<b>2/2</b>	<i>“Fiquei uma pessoa muito mais triste, mais nervosa e com mais atenção a sinais de doenças nos outros (...)” (MFS)</i>
<b>1.10.2.9</b>	menos divertido	<b>1/1</b>	<i>“Prontos, eu mudei um bocado...são as fases da vida. Pouco falador, menos divertido e tudo mais.” (PJC)</i>
<b>1.10.2.10</b>	menos paciente	<b>1/2</b>	<i>“Sou menos paciente” (MFS)</i>
<b>1.10.2.11</b>	passa a dar valor ao processo pelo qual a mulher passou	<b>1/2</b>	<i>“(…) aprendi a ver mais a parte dela e a sentir a dor física dela porque a gente morando com uma pessoa, 20 e tal anos casados, já dá para sentir algo mais.” (PJC)</i>
<b>1.10.2.12</b>	pessoa mais triste	<b>1/1</b>	<i>“Fiquei uma pessoa mais triste, mais nervosa (...)” (MFS)</i>
<b>1.10.2.13</b>	mudança da maneira de ser para se proteger	<b>1/2</b>	<i>“o meu escape foi permitir-me ser eu verdadeiramente, mas quando estava só, portanto comecei a ser duas pessoas.” (MSM)</i>
<b>1.10.2.14</b>	pessoa fechada em si	<b>2/2</b>	<i>“Eu fechei-me, eu escondi-me sozinha, hum, pronto e foi neste momento que eu ia tomando outras atitudes e pronto.” (MSM)</i>
<b>1.10.2.15</b>	pouco falador	<b>1/1</b>	<i>“Prontos, eu mudei um bocado...são as fases da vida. Pouco falador (...)” (PJC)</i>
<b>1.10.2.15</b>	revolta	<b>1/1</b>	<i>“Eu é como digo, sofri interiormente, aquela revolta que a gente sente e ao fim, sabe que isto...os anos vão pondo as pessoas mais maduras.” (PJC)</i>
<b>1.10.2.17</b>	revolta espiritual	<b>2/2</b>	<i>“Fiquei revoltada com Deus durante muito tempo (...)” (MFS), [“(…) mas acabei por culpar Deus, N<sup>a</sup> Sr<sup>a</sup> de Fátima a quem tinha muito pedido para que protegesse esta gravidez.”</i>

			<i>(PPT)</i>
<b>1.10.2.18</b>	silêncio	<b>1/2</b>	<i>“Hum, é assim o que diferenciou foi que enquanto eu me fechei, o silêncio e a escuridão acabaram por me seduzir.” (MSM)</i>
<b>1.10.2.19</b>	sofrimento	<b>1/1</b>	<i>“Depois da perda há outros sentimentos porque isso causa um bocadinho de mossa e prontos...quando aconteceu o primeiro eu não mudei muito, mas um homem sofre, mas foi uma situação imprevisível e depois a gente...sei lá eu pensei que não nos acontece só a nós, nós somos novos a vida continua e pronto...” (PJC)</i>
<b>1.10.2.20</b>	somatização	<b>1/1</b>	<i>“Durante muito tempo somatizei” (MFS)</i>
<b>1.10.2.21</b>	uma parte que morre e não volta mais	<b>2/2</b>	<i>“Sim, hum, a perda mudou-me enquanto pessoa. Uma parte de mim morreu e nunca mais voltou. (...).” (MFS)</i>
<b>1.10.3. Impacto na identidade</b> <i>(codifica enunciados referentes ao impacto na identidade após a perda)</i>			
<b>1.10.3.1. A nível corporal</b>			
<b>1.10.3.2</b>	corpo que rejeita a filha	<b>2/2</b>	<i>“O meu corpo matou a minha filha. Como é possível o meu corpo rejeitar a filha que tanto queria? Senti-me uma assassina.” (MFS)</i>
<b>1.10.3.3</b>	desilusão enquanto mulher	<b>2/2</b>	<i>“Senti-me durante muito tempo menos mulher” (MFS)], [“hum, tive quase a dizer ao meu marido, procura alguém que consiga realizar o teu sonho, não sou ninguém, eu não valho nada.” (MSM)</i>
<b>1.10.3.4</b>	impacto da perceção da função reprodutiva	<b>1/1</b>	<i>“Eu não me sentia uma mulher completa, capaz de voltar a ser mãe e achava que o meu marido não fosse capaz de me voltar amar (...).” (MFS)</i>
<b>1.10.4. Alteração no estilo de vida</b> <i>(codifica enunciado do que mudou na rotina; maneira de estar e ser na vida)</i>			
<b>1.10.4.1</b>	mudança de país para encontrar respostas	<b>1/1</b>	<i>“precisávamos de mudar de ares e viemos para uma nova etapa que foi emigrar e procurar respostas.” (PJC)</i>
<b>1.10.4.2</b>	rotina e maneira de ser não afetadas	<b>1/2</b>	<i>“Não alterei em nada a minha forma de estar ou de ser apesar de ter pela primeira vez uma morte diretamente relacionada com a minha família.” (PPT)</i>
<b>1.10.5. Perspetivas Futuras</b> <i>(codifica o impacto ao nível dos projetos futuros delineados; impacto numa nova gravidez)</i>			

<b>1.10.5.1</b>	esperança de aumentar família termina	<b>2/2</b>	<i>“Nada alterou, a não ser o facto de saber que definitivamente não iria mais ter a família que desejava com mais crianças.” (PPT)</i>
<b>1.10.5.2</b>	impacto no planeamento de uma nova gravidez	<b>3/3</b>	<i>“(…) já se punha em causa uma nova gravidez...ela ficava sempre reticente, porque ela pensava sempre que podia sofrer fisicamente e psicologicamente...” (PJC)</i>
<b>1.10.5.3</b>	incerteza do futuro	<b>1/1</b>	<i>“Sim, pq fica a incerteza de que aquilo que era um sonho ou algo planeado a dois, fica aquela, ok, eu não consigo, acho que o melhor...” (MSM)</i>
<b>1.10.5.4</b>	preocupação em torno de uma nova gravidez	<b>1/1</b>	<i>“O planeamento desta gravidez do T. foi difícil porque andávamos sempre com o coração nas mãos” (PL)</i>
<p><i>1.10.6. Mecanismos de coping individual</i></p> <p><i>(codifica os mecanismos que casa participante utilizou para lidar com a perda)</i></p>			
<b>1.10.6.1</b>	aceitação da situação	<b>3/3</b>	<i>“hum aceitei a situação, de alguma maneira sempre soube que fizemos o possível para salvar o nosso filho, mas é uma coisa assim fora do nosso controlo.” (PPT)</i>
<b>1.10.6.2</b>	aprendeu a normalizar o processo de luto	<b>1/1</b>	<i>“hum e perceber bem que eu tinha que fazer o luto do meu primeiro filho para conseguir depois tentar uma nova gravidez.” (MAF)</i>
<b>1.10.6.3</b>	continuidade dos laços com o filho ou filha	<b>5/6</b>	<i>“Funciona igualmente como um elo de união, faz parte da nossa história familiar.” (PPT)</i>
<b>1.10.6.4</b>	cuidar da família	<b>1/2</b>	<i>“um bom marido e um bom profissional a bem no bemestar daqueles que dependiam de mim em termos afetivos e económicos.” (PPT)</i>
<b>1.10.6.5</b>	cuidar da filha mais velha	<b>2/3</b>	<i>“Tínhamos a filha mais velha ainda pequenina. Era preciso que da minha parte continuasse a assegurar o bemestar em casa.” (PPT)</i>
<b>1.10.6.6</b>	emprego como escape	<b>1/2</b>	<i>“A situação não teve impacto na sua prestação. Pelo contrário o trabalho ajudou a espaiar, a fazer a ligação à vida que não para.” (PPT)</i>
<b>1.10.6.7</b>	ignorar o problema	<b>1/2</b>	<i>“Hum, de alguma maneira fui</i>

			<i>lidando ou tentando ignorar a situação” (PL)</i>
<b>1.10.6.8</b>	lidar com a perda sozinho	<b>1/1</b>	<i>“E sozinho porque não senti necessidade de procurar ajuda externa, ao contrário da F. que teve ajuda psiquiátrica e psicológica para a ajudar a minorar e que apoiou. Sozinho porque a minha mulher nunca me perguntou se estava bem e porque ela própria estava centrada na sua própria dor.” (PPT)</i>
<b>1.10.6.9</b>	olhar para a mulher	<b>1/1</b>	<i>“Muitas vezes olhava para a S. e ajudava-me a ultrapassar, às vezes a gente não dá muito valor às palavras que se dizem na igreja quando casamos, muitas vezes, leva-nos tanto ao extremos que temos que fazer um reset e recapitular e voltar ao início.” (PJC)</i>
<b>1.10.6.10</b>	perceção do apoio de todos	<b>1/1</b>	<i>“Bem com o apoio e amor de todos” (MFS)</i>
<b>1.10.6.11</b>	pragmatismo	<b>1/1</b>	<i>“Mas a minha visão era: OK aconteceu isto, isto foi mau, mas a vida segue.” (PPT)</i>
<b>1.10.6.12</b>	psicoterapia	<b>3/3</b>	<i>“Depois fui à terapia com o psicólogo, psiquiatra e terapia de grupo com mães iguais a mim.” (MFS)</i>
<b>1.10.6.13</b>	refúgio no marido	<b>1/2</b>	<i>“O mínimo no trabalho, em casa e tentar estar mais tempo com o Luís, como se fosse o meu refúgio, hum” (MAF)</i>
<b>1.10.6.14</b>	tomada de consciência de situações semelhantes	<b>3/5</b>	<i>“(…) começamos a perceber que em todas as famílias há mais do que uma perda gestacional muitas vezes e descobri que na minha família também tinha existido. Comecei a perceber que não podia ter feito mais nada de diferente.” (PL)</i>
<p><i>1.10.7. Construção de significado</i></p> <p><i>(codifica os enunciados que se referem à construção de significado que os pais construíram em torno do acontecimento)</i></p>			

<b>1.10.7.1</b>	acontecimento marcante	<b>3/3</b>	<i>“Sim, hum, é um dos acontecimentos mais marcantes da minha vida toda porque foi a minha primeira gravidez” (MAF)</i>
<b>1.10.7.2</b>	amadurecimento	<b>1/2</b>	<i>“Mas lá está, fez-me olha para a vida de outra maneira e amadurecer um bocadinho rápido demais, viver a vida de outra forma” (PJC)</i>
<b>1.10.7.3</b>	Aceitação da morte do filho	<b>3/3</b>	<i>“hum aceitei a situação, de alguma maneira sempre soube que fizemos o possível para salvar o nosso filho, mas é uma coisa assim fora do nosso controlo.” (PL)</i>
<b>1.10.7.4</b>	aprender a lidar com os sentimentos	<b>1/1</b>	<i>“olhe ajudou-me a lidar com os nossos sentimentos, nós somos levados ao extremo dos nossos sentimentos com estas perda, passam mil e uma coisas pela cabeça” (PJC)</i>
<b>1.10.7.5</b>	aprendizagem	<b>1/1</b>	<i>“Hum, foi uma grande aprendizagem a todos os níveis” (MAF)</i>
<b>1.10.7.6</b>	aproveitar os momentos em família	<b>1/1</b>	<i>“aproveitar os momentos em família” (MFS)</i>
<b>1.10.7.7</b>	caminhada com altos e baixos	<b>1/1</b>	<i>“Hum, acho que com toda esta vivencia nós demoramos 14 anos para conseguirmos o E., que hoje é o nosso filho...e foi uma caminhada longa com muitos altos, muitos altos” (MSM)</i>
<b>1.10.7.8</b>	comparação entre as duas gravidezes	<b>1/1</b>	<i>“ (...) uma mudou-me pela positiva e outra pela negativa” (MFS)</i>
<b>1.10.7.9</b>	crescimento pessoal	<b>1/1</b>	<i>“Cresci enquanto pessoa” (MFS)</i>
<b>1.10.7.10</b>	dar valor às pequenas coisas	<b>1/1</b>	<i>“Por outro lado, passei Às pequenas coisas.” (MFS)</i>
<b>1.10.7.11</b>	garantia de que nada é certo	<b>1/1</b>	<i>“hum, a lição que eu tiro daqui é que durante a nossa vida podemos ter sonhos, fazer planos, mas isso não nos dá certeza que tudo o que sonhamos vai dar certo” (MSM)</i>
<b>1.10.7.12</b>	mais cauteloso com novas gravidezes	<b>1/1</b>	<i>“hum vou ficar sempre, por mais filhos que possa vir a ter, acho que nunca vou voltar a ficar</i>

			<i>completamente descontraído. Vai haver sempre mais cautela. Ficamos atento ao problema, hum sim.” (PL)</i>
<b>1.10.7.13</b>	mais sensível a questões de perda fetal	<b>1/1</b>	<i>“(…) Quando estamos mais próximos dessas situações somos mais sensíveis a elas e essa foi uma grande mudança, hum, depois, quando alguém engravida há minha volta” (MAF)</i>
<b>1.10.7.14</b>	paz	<b>1/1</b>	<i>“Hoje tenho uma nova normalidade. Estou em paz com a vida” (MFS)</i>
<b>1.10.7.15</b>	perspetiva positiva	<b>1/1</b>	<i>“Foi o primeiro contacto com a morte de alguém tão próximo. De todo o modo sinto que não me mudou como pessoa. Simplesmente há coisas que não controlamos e temos que saber lidar com elas, vendo as nossas vidas numa perspetiva positiva.” (PPT)</i>
<i>1.10.8. Dimensão conjugal</i>			
<i>(impacto percebido no cônjuge; impacto percebido na relação conjugal; percepção de suporte; percepção das necessidades do outro; comunicação; impacto nas relações íntimas)</i>			
<i>1.10.8.1. Impacto percebido na relação conjugal</i>			
<i>(codifica os enunciados referentes ao impacto sentido na relação conjugal, após a perda)</i>			
<b>1.10.8.2</b>	afastamento	<b>3/4</b>	<i>“o negativo foi criar um certo afastamento” (MFS)</i>
<b>1.10.8.3</b>	culpavam-se mutuamente	<b>1/1</b>	<i>“Sim, a gente tentava-se evitar porque se calhar culpávamos-nos um ao outro.” (PJC)</i>
<b>1.10.8.4</b>	desconfiança	<b>1/1</b>	<i>“Por muito que a gente tente... são situações complicadas, mas a gente tenta, lá está nós falávamos um pouquinho que seja e havia sempre uma desconfiança dos dois lados” (PJC)</i>
<b>1.10.8.5</b>	desistência de quase tudo	<b>1/1</b>	<i>“Desistimos quase de tudo.” (PJC)</i>
<b>1.10.8.6</b>	esquecemo-nos de nós enquanto casal	<b>1/1</b>	<i>“Por bastante tempo esquecemo-nos de nós enquanto casal” (MFS)</i>

<b>1.10.8.7</b>	falta de paciência	<b>2/3</b>	“Começamos a ficar sem paciência, ok, nunca entramos em discussões ou acusações, mas nós sentimos e muitas vezes não são precisas as palavras para encontrarmos as razões...” (MSM)
<b>1.10.8.8</b>	ignorar a situação	<b>1/1</b>	“Sim, hum, se calhar houve um momento que tentamos ignorar” (PL)
<b>1.10.8.9</b>	impacto na comunicação	<b>4/9</b>	“nós deixamos de falar, não tínhamos assunto, não tínhamos... sempre que falávamos havia sempre a sensação de atrito (...)” (MSM)
<b>1.10.8.10</b>	mais voltados para eles próprios	<b>1/1</b>	
<b>1.10.8.11</b>	menos apoio	<b>1/1</b>	“talvez algum sentimento de menos apoio mútuo.” (PPT)
<b>1.10.8.12</b>	mudança na rotina	<b>1/2</b>	“hum deixar de fazer alguma coisa como ir sair, passear, etc.” (PL)
<b>1.10.8.13</b>	outras prioridades	<b>1/1</b>	“Havia outras prioridades, Tínhamos que nos reconstruir individualmente” (MFS)
<b>1.10.8.14</b>	repercussões da perda	<b>1/1</b>	“De negativo, o sofrimento e as repercussões sobre um e outro” (PPT)
<b>1.10.8.15</b>	revolta	<b>1/1</b>	“revolta.” (MSM)
<b>1.10.8.16</b>	sentimentos em causa	<b>1/1</b>	“(...) os nervos estavam a flor da pele e isso puxa muito pelas pessoas. Isso põe mesmo a prova os sentimentos de um casal, isso é das coisas mais importantes, porque era muito fácil acontecer isso, ir embora.” (PJC)
<b>1.10.8.17</b>	só nos suportávamos	<b>1/1</b>	“Chegamos a um ponto em que não nos sentíamos a viver, era como se nos suportássemos só...” (MSM)
<b>1.10.8.18</b>	valorização e desvalorização de alguns pormenores	<b>1/1</b>	“Algumas coisas dávamos bastante importância, outras esquecemo-nos.” (MAF)

*1.10.9. Dificuldades sentidas*

*(Perceção que o pai e a mãe têm acerca das dificuldades sentidas na relação, após a perda)*

<b>1.10.9.1</b>	consciência de formas distintas de viver o luto	<b>1/1</b>	<i>“Tivemos formas distintas de viver o luto...sim” (MFS)</i>
<b>1.10.9.2</b>	dificuldade em colocar-se no lugar do outro	<b>2/2</b>	<i>“e não consegui pensar noutra coisa ou colocar-me na pele do L, fazer aquele exercício que eu disse no início de, colocar-me na outra pessoa.”(MAF)</i>
<b>1.10.9.3</b>	necessidade de falar sobre o assunto	<b>1/2</b>	<i>“eu precisava de falar mais, saber mais sobre ele (cônjuge)” (MFS)</i>
<b>1.10.9.4</b>	necessidade de ver o sofrimento do companheiro	<b>2/7</b>	<i>“Eu acho que isso leva...senti um bocado sozinha porque há quase uma frieza, parece que estou sozinha na dor do nosso filho.” (MAF)</i>
<b>1.10.9.5</b>	perceção de luto prolongado e excessivo	<b>1/3</b>	<i>“Às vezes não consegui corresponder, não compreendendo porque é que tinha que durar tanto tempo, porque é que se não fechava o evento e se seguia em frente.” (PPT)</i>
<p><i>1.10.10. Perceção do impacto da perda no companheiro segundo a mãe</i>  <i>(codifica os enunciados referentes à perceção que a mãe tem do impacto que a perda teve n companheiro)</i></p>			
<b>1.10.10.1</b>	abafamento dos sentimentos	<b>3/7</b>	<i>“Hum, pronto, o que predominou sempre foi o silêncio (...)” (MSM)</i>
<b>1.10.10.2</b>	mais prático na dor	<b>1/1</b>	<i>“Sei que sofreu muito, não o Mostrou muito, foi mais prático e pragmático” (MFS)</i>
<b>1.10.10.3</b>	não necessidade de falar	<b>1/1</b>	<i>“ele nunca teve essa necessidade e vontade” (MFS)</i>
<b>1.10.10.4</b>	preocupação	<b>1/1</b>	<i>“preocupado, em baixo...pronto. “(MAF)</i>
<b>1.10.10.5</b>	sofrimento	<b>1/2</b>	<i>“(...) foi a vez do L. ficar triste” (MAF)</i>
<p><i>1.10.11. Perceção do impacto da perda na companheira segundo o pai</i>  <i>(codifica os enunciados referentes à perceção que o pai tem do impacto que a perda teve na companheira)</i></p>			
<b>1.10.11.1</b>	tristeza	<b>1/1</b>	<i>“Para além da dor que senti com a perda e que tive de trabalhar sozinho para a superar ainda tive que aguentar a dor da minha mulher com todas as implicações (mau estar, agressividade, depressão, irritabilidade, tristeza, isolamento” (PPT)</i>
<b>1.10.11.2</b>	baixa autoestima	<b>1/1</b>	<i>“(...) e pouca autoestima, por ter trazido o feto consigo.” (PPT)</i>

<b>1.10.11.3</b>	culpa	<b>1/3</b>	<i>“(…) e ela culpava-se também...como ela carregou o bebê, pensava mais ela que tinha algum problema.” (PJC)</i>
<b>1.10.11.4</b>	deceção	<b>1/1</b>	<i>“Alguma deceção, tristeza, a tal coisa de: o que é que nos aconteceu? Hum, sim, foi essa tristeza, mas que depois passou.” (PL)</i>
<b>1.10.11.5</b>	dificuldade em ver outras grávidas	<b>1/1</b>	<i>“Depois comecei a perceber que ela tinha dificuldade em ver outras mulheres grávida ou com crianças, hum chorava muito.” (PL)</i>
<b>1.10.11.6</b>	insegura	<b>1/1</b>	<i>“(…) com inseguranças (…)” (PPT)</i>
<b>1.10.11.7</b>	isolamento	<b>1/1</b>	<i>“Para além da dor que senti com a perda e que tive de trabalhar sozinho para a superar ainda tive que aguentar a dor da minha mulher com todas as implicações (mau estar, agressividade, depressão, irritabilidade, tristeza, isolamento” (PPT)</i>
<b>1.10.11.8</b>	mais expressiva	<b>1/1</b>	<i>“Nessas coisas a A. é muito mais genuína...” (PL)</i>
<b>1.10.11.9</b>	mais pessimista	<b>1/1</b>	<i>“Eu estou bem. O impacto foi enorme junto da F.. Pela sua própria personalidade, mais pessimista” (PPT)</i>
<b>1.10.11.10</b>	perceção de um vínculo íntimo com o bebé	<b>2/2</b>	<i>“(…) embora compreenda que por ter carregado consigo o feto, a sua ligação e sentimento de perda fossem bem mais intensos que os meus.” (PPT)</i>
<b>1.10.11.11</b>	sintomas depressivos	<b>1/2</b>	<i>“Entrou em depressão que durou muito tempo. Não sei se ainda dura.” (PPT)</i>
<b>1.10.11.12</b>	raiva	<b>2/3</b>	<i>“Hum, bem, alguns raiva” (PL)</i>
<b>1.10.11.13</b>	tentativa de suicídio	<b>1/1</b>	<i>“É assim, penso...foi enorme ao</i>

			<i>ponto de eu não saber e vir a saber à coisa de 4 ou 5 anos, quando fomos a Portugal e ela foi a uma estação de televisão e eu ficar a saber que ela tentou pôr fim à vida.” (PJC)</i>
<i>1.10.12. Perceção do suporte do companheiro/a</i> <i>(codifica a perceção que o pai e a mãe têm acerca do suporte prestado pelo cônjuge no processo de luto)</i>			
<b>1.10.12.1</b>	cuidado com a filha mais velha	<b>1/1</b>	<i>“O apoio para que ela sentisse o menos possível a perda. Falou-se na escola para alertar alguma reação da menina. Tentei disfarçar ao máximo o meu sentimento de tristeza junto da criança.” (PPT)</i>
<b>1.10.12.2</b>	emocional	<b>1/2</b>	<i>“Deu-me apoio desde o início deste processo todo. O andar lado a lado é como eu disse, sentir que ao mínimo sinal o apoio está ali.” (MSM)</i>
<b>1.10.12.3</b>	falta de apoio por parte da mulher	<b>1/1</b>	<i>“(…) O percurso de superação foi meu e só meu. Ela queria todo o meu apoio, mas nunca se lembrou de que também eu estava de luto.” (PPT)</i>
<i>1.10.13. Coping Diádico</i> <i>(codifica as estratégias utilizadas por o casal, de forma a lidarem com a perda)</i>			
<b>1.10.13.1</b>	aceitação	<b>1/1</b>	<i>“Apesar de tudo, acho que soubemos aceitar os limites de cada um” (MFS)</i>
<b>1.10.13.2</b>	apoio	<b>3/3</b>	<i>“A gente quando diz que estava um bocadinho distante, dávamos sempre apoio um ao outro. Se eu precisasse de alguma coisa e ela também, estávamos lá para ajudar.” (PJC)</i>
<b>1.10.13.3</b>	aprender a lidar com a perda	<b>1/1</b>	<i>“Este processo foi o nosso maior desafio, o facto de aprendermos a lidar com isto tudo, tanto a nível pessoal como conjugal” (PL)</i>
<b>1.10.13.4</b>	atividades prazerosas	<b>1/1</b>	<i>“E tentávamo-nos divertir à nossa maneira. Nós saíamos, convívamos com colegas, com a nossa família principalmente, só que prontos...” (PJC)</i>
<b>1.10.13.5</b>	compreender as reações um do outro	<b>1/1</b>	<i>“permitiu compreender as diferentes reações que ambos tivemos, aquela parte minha de chorar muito e de ficar revoltada” (MAF)</i>
<b>1.10.13.6</b>	contrabalançar o peso negativo	<b>1/1</b>	<i>“Portanto eu tentei contrabalançar o peso enorme negativo que estava do</i>

			<i>lado da F., atenuando de alguma forma o “Karma” negativo. “(PPT)</i>
<b>1.10.13.7</b>	cuidar da filha	<b>1/1</b>	<i>“um reforço na necessidade de nos centrarmos na filha.” (PPT)</i>
<b>1.10.13.8</b>	enfrentar dificuldades	<b>2/2</b>	<i>“A gente tentou inverter as dificuldades e vinha a lembrança de não desistirmos um do outro.” (PJC)</i>
<b>1.10.13.9</b>	importância da terapia de casal	<b>2/3</b>	<i>“(…) foi importante a ajuda profissional para nos reconstruir e mostrar outras da perda.” (PL).</i>
<b>1.10.13.10</b>	partilha da dor	<b>2/2</b>	<i>“(…) porque perdemos algo nosso de muito precioso e de mais ninguém com um sofrimento comum.” (PPT)</i>
<b>1.10.13.11</b>	quebrar a rotina	<b>1/1</b>	<i>“hum, também fizemos mais exercícios de quebrar a rotina e utilizar o tempo para nós e essas coisas foram mesmo muito positivas.” (MAF)</i>
<b>1.10.13.12</b>	união	<b>1/1</b>	<i>“Positivamente acho que de certa forma nos uniu” (PPT)</i>