



**INSTITUTO SUPERIOR
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NORTE**



**“STRESS TRAUMÁTICO E REGULAÇÃO EMOCIONAL COMO
PREDITORES DE AJUSTAMENTO CONJUGAL APÓS PERDA
PERINATAL”**

Flávia Sofia Corrêa Pinheiro

Gandra, 18 outubro de 2011

Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte

**“STRESS TRAUMÁTICO E REGULAÇÃO EMOCIONAL COMO PREDITORES
DE AJUSTAMENTO CONJUGAL APÓS PERDA PERINATAL”**

Dissertação apresentada por **Flávia Sofia Corrêa Pinheiro**, ao Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte (ISCS –N), para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, sob orientação do Professor Doutor José Carlos Rocha.

Gandra, 2011

In the night

“An angel found her in the beautiful cot
under a clean, fragrant canopy of lace
and carried away her soul.

The morning was strange to the mother and father
they woke up frightened,
feeling a jolt in their hearts,
as if the nighttime calm of water
had been suddenly broken by eddies in the morning,
and the room was filled with the agony of tears....”

*(Rauhala, N., Enkelin, T., 1979,
Translated by Leinonen, S-L., cit in VÄ ISÄNE N, L. (1999))*

AGRADECIMENTOS

Aos meus Pais (Mãe, Pai e Pai), pela educação, carinho, motivação, dedicação e expectativas depositadas em mim. Um agradecimento especial à minha mãe, por fazer as nossas vidas reflorescer, e por nunca desistir.

Aos meus irmãos, pelos momentos de descontração, nas situações mais complicadas.

Ao Nuno, pela paciência e pela força nos momentos mais complicados.

A todos os meus amigos, pelo simples facto de serem meus amigos, pelos momentos de descontração e motivação, pelo companheirismo na vida universitária, e pelos “quinze” minutos de maluqueira.

Ao Prof. José Carlos Rocha, por me ter orientado, pela motivação em seguir com esta investigação, pela disponibilidade, pela confiança e por me ter cativado o sentido de investigação. Pelas palavras de incentivo, e por fazer todo o grupo acreditar que todas as nossas investigações são “*fabulosas*”.

A todos os Pais, que me permitiram fazer esta investigação, e me deixaram perceber o delicado mundo de sentimentos que os rodeiam desde a morte dos seus bebés.

A Dr.^a Alexandra Leonardo, que me deu diretrizes a seguir para uma melhor investigação, e pelo esforço para que a recolha fosse feita no Hospital de Sta. Maria.

A Dr.^a Filipa Sobral, pela disponibilidade e simpatia, pelo interesse depositada nesta investigação e empenho e preocupação da recolha da amostra.

ÍNDICE

Agradecimentos	II
Resumo	VII
Abstract.....	VIII
Introdução.....	1
Capítulo 1 - Contributos de estudos sobre o luto perinatal	3
Capítulo 2 - Ajustamento conjugal e parentalidade: Efeitos do luto perinatal	12
2.1 – Relação conjugal e casamento	13
2.2 – Luto perinatal: Parentalidade	16
Capítulo 3- Método.....	20
3.1 Objetivos	21
3.2 Amostra	21
3.3 Instrumentos	23
3.4 Procedimento	26
Capítulo 4 - Resultados	27
4.1 Estudos descritivos sobre o ajustamento no casal, pós-stress traumático, luto perinatal e dificuldades de regulação emocional.....	29
4.1.1 Ajustamento conjugal.....	29
4.1.2 Sintomatologia Traumática	29
4.1.3 Dificuldades de regulação emocional	30
4.1.4 Luto perinatal	31

4.2	Relação entre ajustamento conjugal e dificuldades de regulação emocional	32
4.3	Relação entre ajustamento conjugal e Sintomatologia Traumática.....	33
4.4	Relação entre ajustamento conjugal e luto perinatal.....	33
4.5	Relação entre dificuldades de regulação emocional, luto perinatal e sintomatologia traumática	33
4.6	Dificuldades de regulação emocional como predictor do ajustamento conjugal ..	35
Capítulo 5	- Discussão de resultados	36
Capítulo 6	- Conclusão	42
Bibliografia	45
Anexos	52

ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	22
Tabela 2 - Caracterização Sociodemográfica da amostra.....	23
Tabela 3 - Características Descritivas relativas a Escala de Ajustamento Conjugal.....	29
Tabela 4 - Características descritivas relativas a Escala de Impacto de Eventos –Revista	29
Tabela 5 - Testes comparativos relativos a Escala de dificuldades de Regulação Emocional, entre a amostra e a amostra de contraste	30
Tabela 6 - Testes comparativos relativos a Escala de Luto perinatal, entre a amostra e a amostra de contraste	31
Tabela 7 - Correlações entre DAS e EDRE.....	32
Tabela 8 - Relação entre o ajustamento Conjugal e sintomatologia traumática.....	33
Tabela 9 - Relação entre o ajustamento conjugal e luto perinatal.....	33
Tabela 10 - Relação entre Dificuldades de regulação emocional, luto perinatal e sintomatologia traumática.....	34
Tabela 11 - Impacto das dificuldades de regulação emocional no ajustamento conjugal	35

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I- Consentimento Informado

Anexo II- Protocolo de avaliação

Anexo III- Protocolo de investigação enviado para as Instituições de Saúde

Anexo IV- Resumo submetido para o 12 th European Conference on Traumatic stress
Vienna, 2-5 June 2011

Anexo V- Poster a apresentado na 12th European Conference on Traumatic Stress
Vienna, 2-5 June 2011

Anexo VI- Relatório FCT

Anexo VII- Artigo

RESUMO

A morte de um bebé é um acontecimento traumático, o qual pode estar na origem de problemas de saúde mental, entre elas a sintomatologia traumática, depressão e luto complicado. A morte perinatal, devido a toda a sua negatividade e ao facto de os pais, e as mães percecionarem de modo idiossincrático a perda, pode levar a um desajustamento conjugal, ou levar a uma maior dependência mútua que facilita o ajustamento conjugal satisfatório.

Não se conhece ainda o papel das dificuldades de regulação emocional na díade do casal, que sofreram uma perda perinatal. O presente estudo tem como principal objetivo descrever a prevalência de sintomatologia traumática e de dificuldades de regulação emocional bem como a sua relação com o ajustamento conjugal em pais que passaram pela morte do seu bebé. Os participantes foram avaliados com as versões portuguesas da Impact Event Scale- Revised (IES-R), Difficulties in Emotional Regulation Scale (EDRE), Perinatal Grief Scale (PGS) e Dyadic Adjustment Scale (DAS).

Verificamos que 64,3% dos participantes, encontram-se num relacionamento conjugal desajustado. Relativamente a sintomatologia traumática, verificamos uma prevalência de 92,9% (IES-R ≥ 35). Verificamos que relativamente aos resultados de luto perinatal, e dificuldades de regulação emocional, estão em consonância com outros estudos.

Observamos correlações significativas entre o ajustamento conjugal e as dificuldades de regulação emocional (-,574), verificamos também uma correlação significativa entre a dimensão Embotamento (,435) do IES-R com a dimensão satisfação conjugal da DAS, e ainda entre a dimensão luto ativo (PGS) e o ajustamento conjugal (-,418). Verificamos que existem correlações entre a PGS e a EDRE (,557). Com a regressão linear, verificamos o impacto elevado das dificuldades de regulação emocional na predição do ajustamento conjugal ($R^2 = .358$).

Com estes resultados podemos verificar a elevada prevalência de sintomatologia traumática, de luto perinatal, de dificuldades de regulação emocional, e a importância das dificuldades de regulação emocional no decréscimo do ajustamento conjugal.

ABSTRACT

The death of a baby is a traumatic event, which can be a source of mental health problems, including traumatic symptoms, depression and complicated grief. The perinatal loss due to all its negativity and to the fact that fathers and mothers have idiosyncratic perceptions of loss, can lead to marital discord, or lead to greater mutual dependence that facilitates satisfactory marital adjustment.

The role of emotional regulation difficulties in the couple dyad, who suffered a perinatal loss is not yet clarified. This study is primarily intended to describe the prevalence of traumatic symptoms, difficulties in emotional regulation, perinatal grief and its relationship with marital adjustment in parents who have experienced the death of their baby. The participants had been assessed with the Portuguese versions Impact of Event Scale-Revised (IES-R), Difficulties in Emotional Regulation Scale (EDRE), Perinatal Grief Scale (PGS) and Adjustment Dyadic Scale (DAS).

We found that 64.3% of participants are in unadjusted marital relationship. For traumatic symptoms, we found a prevalence of 92.9% (IES-R \geq 35). We found that compared to the results of perinatal bereavement, and difficulties in emotional regulation, are consistent with other studies.

We observed significant correlations between marital adjustment and difficulties in emotional regulation (-.574), also found a significant correlation between the emotional numbness (.435) of the IES-R with the DAS marital satisfaction, and between the active grief (PGS) and marital adjustment (-.418). We found that there are correlations between PGS and EDRE (.557). With linear regression, we see the impact of difficulties in emotional regulation in the prediction of marital adjustment ($R^2 = .358$).

With these results we can see the high prevalence of traumatic symptoms of perinatal bereavement, difficulties in emotional regulation, and the importance of emotional regulation difficulties in the decrease of the marital adjustment.

INTRODUÇÃO

A perda de alguém é significativo é um evento traumático, e difícil de aceitar, mas quando o ciclo de vida é alterado, e os filhos morrem primeiro que os pais, deixando a deriva tudo o que foi construído em função daquele bebê, então a perda adquire proporções avassaladoras, pois é uma das perdas mais difíceis de suportar (O'Leary, 2005, Condon, 2010), de ultrapassar, podendo levar a complicações mais serias de psicopatologia.

Deste modo, uma perda, para além de envolver grande sobrecarga psicológica, poderá ainda precipitar perturbações emocionais (Rodrigues, 2009), manifestações de sintomatologia ansiosa e depressiva (Bennett *et al.*, 2005), e na diminuição da qualidade de vida física e psicológica (Fonseca, 2008, cit in Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

Bem como na prevalência de luto complicado (Prigerson, et al., 1999)

O luto perinatal, muitas vezes não é reconhecido como tal, sendo classificado como depressão pós-natal (Condon, 2010).

O mesmo acontece na sociedade em geral, a perda perinatal, não é vista como uma perda significativa. Muito se deve ao facto, de acontecer na sua maioria dentro do corpo materno, sendo então uma morte invisível (DeFrain, et al, 1986, cit in Cacciatore, 2010).

Se este tipo de perda, por si só acarreta problemas individuais, a relação conjugal poderá também ser afetada, pois ambos, Pai e Mãe, estão a passar por uma situação difícil, enquanto seres individuais e enquanto membros constituintes de uma família.

Embora, esta perda seja difícil, devido a sua gravidade, não é um problema onde se verifique a existência de programas para avaliar e intervir em situações como estas, nos sistemas de saúde.

Existe uma dificuldade em encontrar para este grupo, resultados sustentados na literatura, mais concretamente em relação a regulação emocional, muito se devendo ao facto de ser um conceito relativamente recente, e após uma revisão mais pormenorizada,

não se conseguiu estudos que relacionassem a satisfação conjugal com as dificuldades de regulação emocional, neste grupo de indivíduos.

É então em todas estas limitações que surge a pertinência deste estudo, que para além de descrever prevalências relacionadas, com as variáveis em questão, é também esclarecer o impacto que o relacionamento conjugal tem nas dificuldades de regulação emocional.

É uma das situações mais paradoxais e difíceis de aceitar, pois o bebê que deveria nascer, e desenvolver-se, morre inesperadamente

Capítulo - **Contributos de estudos sobre o luto perinatal**

1

As perdas perinatais são, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aquelas que ocorrem no período que começa na 22^o semana de gestação e termina 7 dias completos após o nascimento, englobando quer as mortes fetais (in útero), quer as mortes neonatais (World health Organization, 2006, cit in Fonseca et al, 2010).

As perdas perinatais afetam em média 30% das gestações (aborto terapêutico, abortos, síndrome da morte súbita infantil, morte fetal) (Rousseau, 1998, cit in Gaudet, Séjourné, Combarieux, Rogers, & Chabrol, 2010).

Em Países ocidentais, cerca de 5 por mil bebês são natimortos, e um número similar morre nos primeiros dias após o nascimento (Stanton et al. 2006, cit in Condon, 2010).

Em Portugal, no ano de 2008, a taxa de mortalidade perinatal foi de 4.00‰, considerando apenas os óbitos fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nados vivos com menos de sete dias de idade (INE, 2009, cit in Fonseca, et al, 2010).

Todos estes pais entram em luto, como processo normal, contudo este pode tornar-se patológico e acarretar sequelas para toda a vida.

O luto é um trauma comum e inevitável, mas a sua intensidade e duração é exclusiva e individual (Adolfsson & Larsson, 2010).

Algumas pessoas sofrem intensamente por um tempo curto, alguns entristecer moderadamente por períodos mais longos, e ainda outros são rápidos para resolver sua dor (Adolfsson & Larsson, 2010).

Estas formas idiossincráticas de ser, advêm do facto de percecionarmos as emoções de forma diferente.

As emoções podem ser definidas como resposta individual subjetiva, a um estímulo interno ou externo do organismo, que passam por mudanças fisiológicas, experienciais e comportamentais (Sroufe, 1996). Porém, estas respostas emocionais tanto podem ser saudáveis, como podem ser prejudiciais aos indivíduos; Isto pode acontecer quando as emoções têm um nível de intensidade desadequado ou quando ocorrem em tempo errado (Gross, 2007). Encontramo-nos perante um sistema de regulação emocional, é um conceito recente, considerando que se verificam estudos nesta área há apenas três décadas (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010).

A regulação emocional pode ser definida como,

“um processo pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções”

(Gross, 1998, p-275).

Este conceito tem-se tornado popular na literatura psicológica (Denis, Martin & Pamela, 2004), sendo que este interesse é consequência do facto de que um défice na capacidade de regulação emocional estar relacionado com o desenvolvimento de várias perturbações psicológicas (Coutinho et al, 2010).

Este défice em regular as respostas emocionais, é então uma resposta emocional que foi atribuída pelo indivíduo de forma desadaptada a uma determinada situação, isto é, dificuldades de regulação emocional (Dodge & Garber, 1991).

Se estas dificuldades em responder de forma regulada as emoções, se mantiverem de forma permanente podem levar ao desenvolvimento de perturbações psicopatológicas, pois elevados níveis de emocionalidade negativa estão altamente associados com diferentes tipos de psicopatologia, portanto eles constituem um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbação psicológica (Coutinho et al, 2010).

O sentimento de perda traz consigo emoções intensas, podendo estas ser ou não duradouras, mas são emoções que estão interligadas com a perda de alguém significativo, e necessárias para o processo emocional, uma vez que ao confrontarem-se com a realidade da perda vão facilitar a sua adaptação (Boelen, Bount, & Hout, 2003). Deste modo, a regulação emocional tem um papel benéfico na adaptação à perda (Bonanno, 2001).

Contudo, quando falamos de a morte de um filho, estaremos a falar de um evento traumático (Bonanno & Keltner, 1997),o que pode acontecer nestes casos é que, os indivíduos atribuem mais facilmente significados negativos às suas emoções, evitando os estímulos advindos da própria perda, e com isto desenvolvem estratégias desadaptativas, como evitamento, ruminação e supressão (Boelen, et al, 2003)

O luto por Ferreira et al (1990) é definido como “um processo que envolve sofrimento somático, preocupação com a imagem do objeto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com pequenas omissões e negligências, hostilidade ao meio circundante e alterações profundas nos padrões normais de procedimento”. Todo este quadro

sintomatológico pode aparecer logo após a perda ou estar aparentemente camuflado. (Fatia, 2008).

Infelizmente alguns pais passam pela morte dos seus bebês, sendo estas uma das mais difíceis de superar, é uma ocorrência mais comum do que se possa pensar, apesar dos avanços na assistência obstétrica e tecnologia neonatal (Condon, 2010).

Alguns autores como Janoff-Bulman, 1992; Leon, 1990; Weiss, 2000, definem a perda perinatal como o mais angustiante evento psicológico que os pais enfrentam, deixando-os sentir vulneráveis, inseguros e desprotegidos (O'Leary, 2005).

Muitas vezes, o luto não é reconhecido como tal, é diagnosticado como depressão pós-natal, sendo medicado com medicação anti-depressiva (Condon, 2010).

Luto complicado (Prigerson, et al., 1999) pode captar melhor o impacto na saúde mental da perda perinatal (Bennett et al., 2005), segundo vários clínicos Bonanno, NeriaMancini, Coifman, Litz, & Insel, 2007, Prigerson et al, 1995, o luto complicado é distinto da tristeza normal, PTSD e depressão (Bennett, et al 2008).

È evidente que a perda de um filho, cujo potencial ainda está para ser realizado, é mais difícil para se lamentar do que a de um adulto idoso (Condon, 2010), e ainda pelo facto que é uma morte na sua maioria repentina e inesperada, que ocorrem no corpo de uma mulher e, portanto, em grande parte uma morte invisível (DeFrain, et al, 1986, cit in Cacciatore, 2010).

Há um grande número de fatores que potencialmente complicam o processo de luto após perda perinatal (Condon, 2010), independentemente das circunstâncias em que a gravidez terminou, há uma perda pré-natal emocional (Gaudet,et al 2010).

As pontuações mais altas encontradas na IES e a PGS corroboraram o importante impacto psicológico da perda em homens e mulheres (Serrano & Lima, 2006).

Deste modo, uma perda, para além de envolver grande sobrecarga psicológica, poderá ainda precipitar perturbações emocionais (Rodrigues, 2009).

A ocorrência de uma perda perinatal para Bennet, Litz, Lee e Maguen, 2005 tem um impacto significativo e duradouro, nas famílias que a experienciam. Esse impacto é visível a nível individual, nas manifestações de sintomatologia ansiosa e depressiva (Bennett et al., 2005) e na diminuição da qualidade de vida física e psicológica, mas

também na deterioração da relação conjugal (Glaser, et al., 2007; Fonseca, 2008; cit in Fonseca et al, 2010).

Os pais passam ainda pela difícil tarefa de comunicar a perda a amigos e familiar, quando eles próprios ainda não entendem completamente o que lhes aconteceu, pois muitas vezes não existe nenhuma causa identificável para a perda (Nikcevic, et al 2000, cit in Bennett, et al 2008).

É difícil compreender a resposta emocional da mulher e do homem face a uma interrupção da gravidez, seja esta espontânea ou provocada, se não tiver presente, o significado que aquela gravidez tem e se corresponde ou não a um projeto de maternidade (Tenazinha et al., 2008, cit in Rodrigues, 2009).

As consequências da dor não são as mesmas para homens e mulheres: para as mulheres a dor está relacionada a uma pior avaliação da comunicação do casal, enquanto que para homens é associado a um menor avaliação da vida sexual do casal (Serrano & Lima, 2006).

Tem sido sugerido que os problemas podem surgir quando luto é incongruente entre os parceiros; ou seja, um parceiro é menos afetado pela morte, ou, pelo menos, é percebido como tal (Buchi et al, 2009).

O parceiro que é mais afetado pela perda (normalmente a mãe), atribui a resposta do outro parceiro, como indicando indiferença, o que agrava a sua angústia, enquanto o parceiro menos afetado torna-se cada vez mais frustrado ou com raiva (Buchi et al, 2009).

Os homens sentem muitas vezes que tem que ser mais fortes emocionalmente do que a sua parceira não dando a conhecer os seus sentimentos de perda (Reid, 2007), sendo que as reações ao luto tendem a ser menos intensas em pais do que em mães (Badenhorst, Riches, Turton, & Hughes, 2006).

Beutel et al, em 1996 encontraram níveis mais elevados de luto em mulheres, embora qualitativamente semelhante em ambos os elementos do casal. Sentimentos de culpa também são comuns após uma perda.

Condon (1986) reconheceu que os homens muitas vezes se sentem ambivalentes sobre a gravidez da esposa e isso contribui para sentimentos de culpa quando há uma morte perinatal.

Muitos fatores contribuem para esta incongruência, uma delas é que cada parceiro desenvolve opiniões fortes sobre o uso apropriado do luto (a representação social do sofrimento) com base em comportamentos individuais experiência da personalidade, educação e crenças (Gilbert, 1989; Rando, 1984, cit in Bosticco & Thompson, 2009).

A relação conjugal, é portanto afetada pois cria-se muitas vezes uma tensão, dado que os pais podem encontrar-se em momentos e formas diferentes do luto, deixando o casal sentir-se sem suporte ou alienado (Montigny, Beaudet, & Dumas, 1999; Samuelsson, Rådestad, & Segesten, 2001, cit in Bennett S., et al 2008).

Najman e colegas, descobriram que no período perinatal pais em luto demonstram insatisfação conjugal mais do que os pais de controle (Badenhorst, et al , 2006).

Toedter, Lasker & Alhadeff (1988) encontraram uma correlação negativa entre a dor das mulheres após um aborto e a qualidade do ajustamento conjugal (Serrano, & Lima, 2006).

Gilbert em 1989, afirmou que as pessoas relataram, "sobrecarregadas" a tentar confortar a sua esposa enquanto estes estão também em sofrimento, o que os leva a duvidar de sua própria capacidade de ser um parceiros compassivo e útil.

Num estudo com 57 mulheres que sofreram perdas perinatais, Klock et al. (1997) encontraram uma alta incidência de ajustamento conjugal diminuído (53%), sendo que 11% das mulheres relataram discórdia conjugal grave.

Os homens são geralmente mais relutantes do que as mulheres para expressar a sua dor abertamente, e muitas vezes eles têm de desempenhar um papel secundário após o aborto, anulando os seus próprios sentimentos para melhor apoio da mãe em sofrimento (Beutel et al., 1996). No entanto, os homens experimentam um profundo sentimento de perda após o aborto (Serrano, & Lima, 2006).

É igualmente frequente ocorrer uma manifestação de agressividade para com o pai do bebé, contra o médico que a assistiu ou contra si própria. A friidez ou outras perturbações sexuais poderão ser também formas de manifestar esta vivência, desenvolvendo relações de promiscuidade extrema e sem estabilidade/afetividade; dificuldades nas relações familiares ou até mesmo rutura frequente das amizades; sentimentos de culpa, de autocondenação; perda de autoestima e várias formas de

agressão a si própria tais como: abuso de medicamentos, álcool ou drogas, chegando mesmo a passar por pensamentos e tentativas de suicídio (Canavarro, 2005, cit in Rodrigues, 2009).

Podem surgir, igualmente, reações físicas e psicológicas: suores; choro compulsivo; reação na data prevista para o nascimento ou na data do aborto; perturbações do sono e pesadelos, alucinações com a criança perdida; olhar fixo em mulheres grávidas e bebés ou, pelo contrário, pânico em os avistar (Canavarro, 2005, cit in Rodrigues, 2009).

Normalmente passado um ano (85%) retomaram seu nível de base de funcionamento, enquanto 15% apresentam algum tipo de dor crónica e sintomas como depressão, ansiedade ou Perturbação de stress pós-traumático (Adolfsson & Larsson, 2010).

Segundo Pines (1989), após uma perda perinatal, surgem sensações de perda, sofrimento, depressão prolongada, luto e perda da autoestima. O sentimento é o de perda de um filho pois a mulher já sente o bebé como parte de si própria e o imaginário do bebé é muito concreto e definido (Rodrigues, 2009).

Num estudo de Nichol, Tompkins, Campbell & Syme em 1986, a morbilidade psiquiátrica varia de 13 a 34%, para Rousseau & Fierens em 1994, 25% das mulheres relatam um estado de luto patológico (Gaudet, et al 2010).

As reações imediatas à perda são principalmente as manifestações de stress, seguido de respostas emocionais que vão desde deceção temporária para reações intensas, sublinhado pelo acentuado, persistente e graves preocupações psicológicas (Zolese & Blacker, 1992), caracterizadas por sintomas de ansiedade e depressão (Gaudet, et al 2010).

Boxer (1996) mostrou que a perda perinatal pode levar à perda da aceitação imagem corporal, diminuição da libido, que por sua vez pode afetar o relacionamento do funcionamento sexual dos casais (Serrano & Lima, 2006).

A perda perinatal, pode ser devastadora e traumatizante para os pais, o luto coloca em risco a saúde mental, particularmente os sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PTSD), depressão, ansiedade e luto complicado (Hughes, Turton, Hopper, & Evans, 2002).

A perturbação de stress pós-traumático (PTSD) é uma condição psicológica resultante da exposição a um evento traumático ou extremamente psicologicamente

evento angustiante (Bailham & Joseph, 2003; Creedy, Shochert, & Horsfall, 2000, cit in O'Leary, 2005)

No primeiro ano após a perda perinatal, cerca de um quinto das mulheres continua a sentir sintomas de nível clínico de angústia (Bayle, Vance, Najman, & Thearle, 1996)

Pais e mães enlutadas demonstraram significativamente níveis mais altos de depressão, sendo este mais duradouro em mães até aos 30 meses após a morte (Boyle, Vance, Najman e Thearle, 1996. Vance e Najman, 1995 cit in Cacciatore, 2010).

Rådestad et al. (1996) constatou que três anos após o natimorto, as mães enlutadas tinham o dobro da probabilidade de experimentar ansiedade quando comparadas com as mães de bebês nascidos vivos.

A maioria das investigações apontam para uma conjunto de sintomas associada à IEG, as reações emocionais surgem de forma imprevista e desproporcionadas. Os sintomas incluem: entorpecimento dos sentimentos; reações de autómato associadas a um profundo sentimento de vazio, de solidão, e a sensação de ter o corpo interiormente destruído (Rodrigues, 2009).

Blake, sugeriu que a PTSD causada pelo luto perinatal, é uma perturbação semelhante ao stress pós-traumático experimentado por veteranos da Guerra do Vietname (cit in Gold-Beck-Wood, 1996).

Os soldados Retornados podem não recordar, mas podem ter eventos de *flashbacks* (Gold, 2007).

Da mesma forma, os pais contam histórias sobre isso, quase sempre a perda perinatal incluem detalhes sobre o momento atual e a experiência da morte, consistente com a noção que o nascimento e a morte são os grandes momentos emocionais para outro trauma (Gold, 2007).

Turton et al. (2001) estimaram um risco de PTSD após perda perinatal de 29% .

Um estudo constatou que 2,5 meses após a perda da gravidez, 10% das mulheres, preenchem sintomas necessários para o diagnóstico de PTSD (Engelhard et al, 2001). Em 6 meses, o número de mulheres com sintomas de PTSD, diminui para 5% e em 12 meses para 4%. No entanto, aquando da avaliação realizada neste estudo, e devido ao

tempo que já tinha passado após a perda, muitos dos sintomas podem ter-se dissipado (Engelhard et al, 2001).

No entanto, após um período inicial de angústia, choque, e luto, a maioria dos indivíduos ou casais que experimentam uma perda perinatal, ajustam-se de forma saudável (Leon, 2001), contudo alguns estudos sugerem que 15% -25% das mulheres que experimentam perda perinatal têm problemas de adaptação permanente (Hughes et al, 2002;. Klier, Geller, & Neugebauer, 2000; Swanson,, 1999, ci in Bennett, et al 2008).

O retorno da menstruação pode ajudar a resolução do luto, pois, traz a esperança de uma nova gravidez e assegura à mulher de que as suas funções corporais funcionam normalmente (Rodrigues, 2009).

O casal é um todo em eu e um tu interdependentes que se ajustam numa dança contínua, criando-se e recriando-se nos passos do seu movimento (Narciso & Ribeiro, 2009)

Capítulo - **Ajustamento conjugal, e parentalidade:
efeitos do luto perinatal**

2

2.1 – RELAÇÃO CONJUGAL/CASAMENTO

O ser humano existe ao longo da sua história quer individual, quer evolutivo, enquanto um ser em relação. Desta forma, encontra-se inserido em diversas e complexas matrizes relacionais que se cruzam entre si, desde o início da sua vida (Canavarro, 2009, cit in Lopes, 2009).

Se pensar que o casamento/união envolve dois seres humanos e a complexidade das suas vivências prévias particulares, as quais vêm a estabelecer uma vida nova, pode-se vislumbrar o imenso número de fatores que se interconectam a vida a dois (Karney & Bradbury, 1995, cit in Mosmann, Wagner, & Carneiro, 2006).

Contudo um acontecimento que é marcado inicialmente pelo encantamento e otimismo, muitas vezes, acaba não sendo tão duradoura. Para muitas, a união que se inicia com a fonte de satisfação termina como de frustração. Frente a este fenómeno tão comum, pergunta-se então: O que acontece neste percurso? (Mosmann, Wagner, & Carneiro, 2006)

De entre muitos sistemas relacionais, o casal ou a relação conjugal, é considerada uma relação especial e diferente de todas as outras. Daí advém a metáfora de Caillé (1991/1994) de $1+1=3$, ou seja, dois parceiros e o seu modelo específico, a representação de Nós (Lopes, 2009). Bayle (2006) fazendo-se a partir da consolidação da identidade do casal, enquanto entidade específica, sendo esta diferente da soma das partes individuais (Lopes, 2009).

Contudo, cada parceiro, continua a ter a sua identidade própria, para além do sistema Nós. Esta relação conjugal, é diferente de todos os outros sistemas relacionais, pois é uma unidade primordial, que vai permitir o estabelecimento e renovação de laços e das gerações vindouras. É uma relação, que se subdivide em paternidade, maternidade, filiação, fraternidade, parentesco (Narciso & Ribeiro, 2009).

A relação conjugal, como todas as outras relações implica conflitos, nomeadamente quanto à gestão entre a proximidade e separação/autonomia (Bayler, 2006; Cleavelly, 1993; Givelber, 1992, cit in Lopes, 2009)

O casal tem de contrabalançar a independência e a dependência, sendo que deste equilíbrio dependerá o futuro da família (Pina Prata, 2008, cit in Lopes, 2009).

Gothamn e Natarius (2002) mencionaram que existe um conhecimento intuitivo, com o qual os casais se relacionam de modo diferente, dependendo da fase que estão a vivenciar (Menezes & Lopes, 2007).

A noção de ciclo de vida é trabalhada por Carter e McGoldrick, em 1995, que consideram o ciclo de vida familiar como sendo dividido em 6 estádios; (a) jovens solteiros; (b) novo casal; (c) famílias com filhos pequenos; famílias com filhos adolescentes; (e) ninho vazio e (f) famílias no estado tardio de vida (Menezes & Lopes, 2007).

Hipoteticamente, todas estas fases deveriam ser acompanhadas por uma satisfação entre os dois, para poderem crescer enquanto casal, contudo esta satisfação conjugal é muito difícil de definir pois implica muitos fatores individuais, coletivos e sociais, para além do facto de que ainda não existe um consenso para a definição de satisfação conjugal.

A origem da palavra satisfação indica *fazer o bastante* (Lopes, 2009), assim pressupõem-se uma relação positiva entre o casal.

O conceito de satisfação conjugal encontra-se diretamente vinculado ao contexto social no qual o relacionamento afetivo está inserido (Comin & Santos, 2009).

Satisfação conjugal é, sem dúvida um conceito subjetivo, implicando ter as próprias necessidades e desejos satisfeitos, assim como corresponder, em maior ou menor escala, ao que o outro espera, definindo um dar e receber recíproco e espontâneo. Relaciona-se com sensações e sentimentos de bem-estar, contentamento, companheirismo, afeição e segurança, fatores que propiciam intimidade no relacionamento, decorrendo da congruência entre as expectativas e aspirações que os cônjuges têm, em comparação à realidade vivenciada no casamento (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschimdt, & Sharlin, 2004)

Além disso, Farias (1974) identificou não haver diferença quanto ao alto nível de expectativas para com o casamento em casais satisfeitos ou insatisfeitos, mas sim entre as expectativas e o que vivenciam na realidade atual (Norgren, et al, 2004)

Reconhece-se atualmente que a satisfação conjugal é um fenómeno complexo, no qual interferem diversas variáveis tais como: características de personalidade, valores, atitudes e necessidades, sexo, momento do ciclo de vida familiar, presença de filhos, nível de escolaridade, nível sócio económico, nível cultural, trabalho renumerado e experiência sexual anterior ao casamento (Norgren, et al, 2004).

Vários estudos foram realizados, e o número de variáveis de sucesso conjugal foram aumentando, mas devido a complexidade de assunto, existe uma falta de consenso. Contudo, ao avaliar a literatura mais recente sobre a conjugalidade, verifica-se que esta se centra em 3 conceitos básicos: a satisfação, o ajustamento e a qualidade conjugal (O’Leary & Smith, 1991; Glenn, 1998; Gatiman & Notarius, 2002, cit in Mosmann, et al, 2006).

O problema, de acordo com os pesquisadores, é que esses conceitos passaram a ser utilizados em muitas investigações como sinónimos (Mosmann, et al, 2006)

Existem momentos positivos e negativos na relação, não fazendo por isso sentido estudar a satisfação conjugal sem a insatisfação conjugal, pois não existem casais ideais.

Assim, existem momentos de separação e aproximação, sendo este o aspeto essencial, para a adaptação, mudança, crescimento e desenvolvimento (Narciso & Ribeiro, 2009)

De acordo com Gottman, os casais felizes/ satisfeitos estabelecem uma dinâmica relacional que impede que os seus afetos negativos anulem os seus afetos positivos, ou seja, conseguem fazer uma melhor gestão da sua ambivalência demonstrando uma maior maturidade emocional. O autor concluiu ainda que nos casais satisfeitos existe uma profunda amizade, caracterizada pelo respeito mútuo, bem como por uma grande estima, partilha de intimidade, prazer no contacto como o parceiro e expressão de afetos que, permitem a manutenção de uma relação apaixonada (Gottman, 1991 citado por Narciso, 2001; Norgren, et al, 2004; Smith, Vivian, & O’Leary, 1990, cit in Lopes, 2009)

Segundo Davila, Bradbury, & Fincham, 1998, casais insatisfeitos reportam uma maior ausência ou dificuldade ao nível da partilha de intimidade. E menor investimento afetivo na relação, menores níveis de apoio emocional, predominância de afeto negativo nas trocas interacionais (Gottman & Silver, 2000 citado por Narciso, 2009), para além

de padrões de comunicação deficitários e disfuncionais (e.g. menor expressão de sentimentos e necessidades, mensagens pouco claras, paradoxais e imbuídas de afeto negativo, deficiente escuta ativa e empática), menor equidade e termos de controlo relacional, maior disfuncionalidade ao nível dos limites e da vivência da dependência e maior grau de percepções, atribuições e expectativas negativas face ao parceiro

Assim, só com todos estes aspetos se pode construir a malha relacional que vai servir de ninho /berço para a futura família (Lopes, 2009)

2.2 – LUTO PERINATAL: PARENTALIDADE

A sociedade em geral defende que a gravidez é um momento que proporciona mais união ao casal (Pereira, Santos & Ramalho, 1999).

Um filho constitui a possibilidade de continuidade da sua linhagem no futuro, aspeto que remete não só para um desejo de ligação aos seus antepassados, mas também para um desejo de imortalidade, materializado pela progressão das gerações ao longo do tempo (Lopes, 2009).

Pittman (1994), enfatizou a importância da parentalidade no processo de desenvolvimento do casal (Menezes & Lopes, 2007).

Acredita-se que a transição para a parentalidade (estádio (b) para estágio (c), referindo anteriormente, é uma das maiores mudanças para o sistema familiar. Momento em que os conjugantes, antes apenas casal, se tornam Pais, progenitores de uma nova família, é a primeira experiência de parentalidade vivida pelo casal. Wilkinson (1995) e Grohon (1996), investigaram as mudanças na qualidade da relação conjugal, quando acontece a transição, e concluíram que, o declínio na felicidade e na Satisfação Conjugal é mais pronunciada nos Pais que passaram para esta transição (Menezes & Lopes, 2007).

Pittman (1994), refere que transição para a parentalidade, frequentemente coincide com o fim do romance, devido aos cônjuges se consciencializarem de que são parte maior de que a sua condição de casal (Menezes & Lopes, (2007), podendo gerar um aumento na

tensão familiar, pois traz consigo a necessidade de uma reformulação nos papéis e nas regras de funcionamento familiar (Martins et al, 2008).

Grete Bibring e col. (1961) considera que existem duas tarefas adaptativas na gravidez: 1) o investimento na representação mental do companheiro e 2) a adaptação às modificações do esquema corporal e aumento do investimento do *self* (Rodriguez, 2009).

Assim sendo, a forma como o casal vivencia a sua conjugalidade vai ser especialmente importante aquando da sua transição para a parentalidade, sobretudo por esta representar um período de maior *stress* e de menor disponibilidade para a relação conjugal (Twenge, Campbell, & Foster, 2003).

O desejo de parentalidade começa por se desenvolver, tanto no homem, como na mulher, desde cedo na infância, pelo desejo de ter bebés de si próprio (Brazelton & Cramer, 1989/2007; Gomez, 2005, cit in Lopes, 2009).

A capacidade de poder gerar um filho torna também possível, para a mulher, a confirmação da sua fertilidade, e para o homem, o apaziguamento de dúvidas acerca da sua virilidade, sendo que confirma o seu poder de engravidar uma mulher (Lopes, 2009).

Neste sentido, um filho permite à futura mãe a anulação de sentimentos de vazio através da completude proporcionada pela gravidez e a dissipação de dúvidas, por parte do pai, acerca da imagem masculina de si próprio (Brazelton & Cramer, 1989/2007, cit in Lopes, 2009).

Ao longo da gravidez, ambos os membros do casal terão a oportunidade de reviver os elementos infantis e narcísicos ligados ao desejo de um filho, e de um modo geral, o confronto com o bebé real, aquando do nascimento, estabelecendo-se enquanto um passo decisivo na transição do desejo de ter um filho para a relação objetal com ele (Brazelton & Cramer, 1989/2007, cit in Lopes, 2009).

O bebé nasce, assim, de uma história prévia que o trouxe ao mundo, o bebé pré-existe ao seu nascimento, sendo pensado, falado e *sonhado* muito antes de existir na realidade,

ele é um dos protagonistas no cenário construído pelo romance familiar e pela história das gerações que o procederam (Soussan, 2005, cit in Lopes, 2009).

No período de gravidez, a relação de casal parece ser fundamental, sendo que o apoio emocional do marido/companheiro contribui para uma adaptação bem sucedida da mulher à maternidade. Para além deste aspeto que remete para um carácter mais contendor, uma relação de casal suficientemente satisfeita, vai permitir à mulher renunciar a um apego exclusivo ao seu bebé. Assim, a relação de casal, quando vivida enquanto satisfatória, permite uma vivencia da gravidez e da parentalidade enquanto duplamente compensadora, sendo que possibilita o estreitamento dos laços conjugais e o desfrutar das alegrias da parentalidade (Brazelton & Cramer, 1989/2007, cit in Lopes, 2009)

Contudo quando acontece uma perda perinatal, a relação do casal pode alterar-se, tudo o que foi construído em função de uma nova vida, que ia alimentar a relação do casal, tornando-a em mais que dois, pois iam tornar-se pais, pode sofrer um grande abalo.

Swanson (2003) explorou o efeito da perda em casais a partir da perspectiva de 185 mulheres durante o primeiro ano após a perda. Um ano após a perda, 32% referiram que o relacionamento interpessoal foi mais distante, e 39% deles relataram a relação sexual foi mais distante. Distância em ambos os tipos de relações foi associada a um aumento de perturbações emocionais, incluindo estado deprimido, ansioso, confuso e temperamental (Hutti, 2005).

A perceção da mulher acerca do apoio do marido/companheiro, foi avaliado num estudo qualitativo com oito mulheres por Owen Corbet em 2003 (Hutti, 2005). Owen descortinou que pode ser difícil para os homens dar apoio emocional em momentos de alto stress, quando eles também estão em crise. Embora os pais (homens) tenham as melhores intenções de apoio, eles tendem a fazê-lo de modo instrumental ao invés de dar apoio emocional (Hutti, 2005).

Verifica-se que Homens podem tirar proveito das discussões sobre o impacto da perda e a gravidez subsequente na vida conjugal. Em casais emocionalmente estáveis, um aborto espontâneo ou morte perinatal pode trazer, por vezes, uma experiência de dessincronia na sua experiência de dor e angustia, devido a uma maior discrepância. A normalização da dessincronização ocasional passa pelo incentivo à livre comunicação.

Um estudo recente sugeriu que após uma perda na gravidez, existe uma maior dependência mútua, a qual é benéfica nestes casos (Franché, 2001).

Apesar da crescente consciência das repercussões de perda perinatal, pouco se sabe sobre seu impacto no ajustamento dos casais (Franché & Mikail, 1999, cit in Armstrong, 2002).

Capítulo - Método

3

Neste capítulo descrevemos o método utilizado, referindo os instrumentos aplicados, bem como dos procedimentos de recolha, findando com a caracterização da amostra.

3.1 OBJETIVOS

Neste estudo definimos como **objeto** a satisfação conjugal em pais em luto perinatal. Optamos por estes pais, por um lado pela abordagem mais frequente se focar nas questões individuais e não se dar tanta ênfase à vida conjugal. Por outro lado, é uma perda muito difícil de ultrapassar, pois como já foi referido anteriormente, trata-se de uma perda de um futuro idealizado para nova vida, com ativação de emoções complexas que desafiam os casais e que podem acarretar consequências graves para a qualidade da relação entre os pais.

A presente proposta de investigação tem como **objetivo**, 1- descrever a amostra relativamente ao ajustamento conjugal, sintomatologia traumática, dificuldades de regulação emocional e Luto perinatal; 2- comparar as dificuldades de regulação emocional e luto perinatal, com amostra de contraste de outros estudos (Ferreira, 2010 e Rocha ,2004, respetivamente); 3- descrever as correlações entre Dificuldades de regulação emocional e ajustamento conjugal; sintomatologia traumática e ajustamento conjugal; Luto perinatal e ajustamento conjugal; Dificuldades de regulação emocional, Luto perinatal e sintomatologia traumática; 4- investigar qual o impacto das dificuldades de regulação emocional, luto perinatal e sintomatologia traumática na predição do ajustamento conjugal.

3.2 AMOSTRA

A amostra final foi constituída por 28 participantes, esta recolha foi efetuada entre abril e agosto de 2011. A distribuição da amostra relativamente ao sexo é díspar, 32,1% é do sexo masculino e 67,9% pertence ao sexo feminino. A extensão de idades da amostra vai desde os 22 até aos 47 anos, apresentando uma média de idades de 34,04 anos ($sd=6,0$). Relativamente ao estado civil, 2 participantes são solteiros (7,1%), 18 são casados (64,3%), 3 são divorciados (10,7%) e por fim 5 vivem em união de facto (17,9%). Quanto às habilitações, estas variam entre o 2ºciclo e o mestrado, dois dos participantes possuem o 2ºciclo (7,1%), 1 com o 3ºciclo (3,6%), 5 com o nível

secundário (17,9%), com licenciatura 17 participantes (60,7%) e 3 possuem o mestrado (10,7%) (ver tabela 1)

Tabela 1 - Caracterização Sociodemográfica da amostra (N=28)

Características						
	N	%	Max	Min	M	sd
	28					
Sexo						
Masculino	9	32,1				
Feminino	19	67,9				
Idade			47	22	34,057	6,00
Estado civil						
Solteiro	2	7,1				
Casado	18	64,3				
Divorciado	3	10,7				
União de facto	5	17,9				
Habilitações literárias						
2ºciclo	2	7,1				
3ºciclo	1	3,6				
Secundário	5	17,9				
Licenciatura	17	60,7				
Mestrado	3	10,7				

Quanto à existência de filhos vivos, observamos que 16 dos indivíduos tem filhos (57,14%); As idades dos filhos, correspondem ao intervalo entre os 2 e os 20 anos, variando relativamente ao número de filhos, existem 11 indivíduos com pelos menos um filho (68,75 %), com dois filhos há 3 participantes (18,75%), e com 3 filhos 2 participantes (12,5%) (ver tabela 2).

Quanto ao sexo do bebé falecido, 15 são do sexo feminino (53,6%) e 13 do sexo masculino (46,4%). Relativamente ao tempo que ocorreu desde a morte do bebé, varia no intervalo entre os 11 dias e os 96 meses. O motivo aparente da morte do bebe, varia entre anoxia, asfixia, problemas cardíacos, problemas respiratórios, malformações, partos distócicos, prematuridade e morte súbita do lactente. Face às frequências de causas aparentes de morte, verifica-se que existe um maior número de mortes devido a mortes não explicadas cerca de 28,6%, problemas cardíacos (17,9%), prematuridade (14,3%), asfixia (10,7%) e problemas respiratórios (10,7%) e outras... A idade do bebé aquando da sua morte, foi subdividida em dois grupos referentes à morte ocorrida antes

e depois do nascimento sendo eles a idade gestacional em semanas (64,3%, M=28,500, sd=3,034) e a idade pós-natal em dias (35,7%, M=10,436, sd=9,700) (ver tabela 2).

Cerca de 82,1% dos pais não vivenciou outras perdas, e 17,9% vivenciou outras perdas, as perdas variam entre avós, tia, aborto espontâneo e filho (ver tabela 2).

Tabela 2 - caracterização sociodemográfica da amostra

Características						
	N	%	Max	Min	M	Sd
Indivíduos com filhos vivos	16	57,143	3	1	1,3475	,727
Idades dos filhos						
com 1 filho	11	68,75	20,00	3,00	7,4375	5,329
Com 2 filhos	3	18,75	18,00	2,00	10,00	7,48
Com 3 filhos	2	12,5	11,00	11,00	11,00	,00
Sexo do bebé falecido						
Masculino	13	46,4				
Feminino	15	53,6				
Tempo passado após a perda (meses)			96,00	,30	21,44	25,97
Idade gestacional (semanas)	18	64,286	34,00	24,00	28,500	3,034
Idade pós-natal (dias)	10	35,714	30,00	1,00	9,700	10,436

3.3 INSTRUMENTOS

Tendo em conta os objetivos deste estudo construímos um protocolo de avaliação, sendo este dividido em cinco partes: características sócio-demográficas, ajustamento conjugal, dificuldades de regulação emocional e luto perinatal.

Na primeira parte incluímos as características sócio-demográficas como Sexo, idade, estado civil, habilitações, profissão. Incluímos ainda questões mais pertinentes para este estudo, sendo elas, o número de filhos vivos e idade dos mesmos, o tempo a que a perda ocorreu, o sexo do bebé, o motivo da morte e idade do bebé, e por fim uma questão direcionada para outras perdas vivenciadas.

No questionário dirigido ao ajustamento conjugal (dyadic adjustment scale, Spanier, 1976) foi criada por Spanier, em 1976, e foi validada para a população portuguesa em 2008, por Isabel Leal e Rita Gomez. É uma medida de avaliação da relação conjugal, constituída por 32 itens, dos quais trinta são cotados numa escala tipo-Likert de 0 a 5, e

dois são cotados de 0 -7 opções de resposta e dois são respondidos ‘sim’ ou ‘não’; a maioria dos itens tem seis opções de resposta, que são cotadas de 0 a 5 e variam entre ‘sempre em desacordo’ a ‘sempre em acordo’ ou desde ‘sempre’ a ‘nunca’ (Gomez & Leal, 2008). Esta escala mede as seguintes dimensões (Gomez & Leal, 2008): (a) consenso diádico é representado pelos itens 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 e está direcionada para a avaliação da percepção individual do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas da relação; (b) satisfação diádica é representada pelos itens 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31 e 32 e procura medir as percepções individuais das questões relativas a discussão do divórcio, a saída de casa após briga, ao arrependimento com o casamento, as brigas, a implicância mútua, ao estar bem, a confiança no cônjuge, o beijo no cônjuge, ao grau de felicidade e ao compromisso com o futuro do relacionamento; (c) coesão diádica é representada pelos itens 24, 25, 26, 27, 28 e examina o senso de compartilhamento emocional do casal; por último, (d) a expressão Diádica de afeto é representada pelos itens 4, 6, 29, 30, medindo a percepção da concordância dos membros do casal sobre as demonstrações de afeto, as relações sexuais, a falta de amor e as recusas ao sexo. O resultado total da escala varia de 0 a 151 e é obtido pela soma total dos resultados das quatro subescalas (Gomez & Leal, 2008). Os indivíduos que obtiverem resultados iguais ou inferiores a 100 devem ser classificados como na vivência de um relacionamento de sofrimento ou desajustado (Gomez & Leal, 2008). Os estudos de validação revelam que o instrumento apresenta qualidades psicométricas, apresentando um alfa de Cronbach (α) de 0,897 para escala global e 0.849, 0.827, 0.720 e 0.655 para as subescalas de Consenso, Satisfação, Coesão e Expressão respectivamente.

Na avaliação das dificuldades de regulação emocional foi utilizada a Escala de dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004). Esta escala foi desenvolvida por Gratz & Roemer, em 2004.

A Escala de Avaliação das Dificuldades de Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*; Gratz & Roemer, 2004) é uma medida de auto-relato que avalia as dificuldades de regulação emocional. Esta escala é constituído por 36 itens, aos quais os indivíduos devem responder com base numa escala de Likert de 5 valores, desde 1 (Raramente) a 5 (Sempre) (Coutinho, et al, 2010).

Os itens da Escala de Avaliação das Dificuldades de Regulação Emocional foram desenvolvidos e selecionados, após análise fatorial, para avaliar as seis dificuldades no

processo de regulação emocional que explicam 58,24% da variância total: (a) Não experienciar a ativação emocional; (b) Dificuldade de compreensão da resposta emocional; (c) Não aceitação da resposta emocional; (d) Dificuldades no envolvimento em comportamentos para ação na ocorrência de emoções desadaptativas; (e) Dificuldades na compreensão da resposta emocional; (f) dificuldades de controlo de impulsos durante a ativação de emoções desadaptativas (Coutinho, et al, 2010). A escala apresenta um valor de α de Cronbach de 0,93 (Coutinho, et al, 2010).

Relativamente ao grupo IV, este diz respeito a avaliação da situação de Luto perinatal, assim foi utilizada a Escala de luto perinatal (Toedter, Lasker, & Alhadef, 1988)

Este instrumento, frequentemente utilizado para avaliar situações de morte perinatal e neonatal, foi inicialmente desenvolvido por Toedter, Lasker, & Alhadef, 1988 e posteriormente traduzido e adaptado para português por Rocha (2004). Esta escala apresenta um valor de α de Cronbach de 0,95. É uma escala de *Likert* constituída por 33 itens com 5 níveis de resposta, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente) (Rocha, 2004). A estrutura deste instrumento contempla 3 subescalas na avaliação do luto perinatal: Desespero; Luto Ativo e Dificuldades de *Coping* (Toedter, Lasker, & Alhadef, 1988). De forma a permitir a comparação entre estas três subescalas e as restantes variáveis deste estudo, foram construídos índices para cada subescala, tendo os seus valores sido calculados a partir da média aritmética dos itens que as constituíam, variando assim entre um mínimo de 1 e um máximo de 5 (Rocha, 2004)

Por fim o grupo V, é composto pela Escala de Impacto de Eventos Traumáticos - Revista (Weiss & Marmar, 1997).

A Escala de Impacto de Eventos - Revista (Weiss & Marmar, 1997) encontra-se adaptada para a população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso e Rocha em 2007. Trata-se de uma escala de *Likert* constituída por 22 itens com cinco níveis de resposta, que variam entre 0 (nunca) e 4 (extremamente) (Weiss & Marmar, 1997). Desenvolvida de acordo com os critérios do DSM-IV para a PTSD, trata-se de uma medida de auto-relato que permite a identificação e avaliação de reações traumáticas em quatro subescalas: Evitamento, Intrusão, Hipervigilância e Embotamento, capazes de avaliar sintomas como a irritabilidade, agressividade, entre outros (Weiss & Marmar, 1997). De igual modo, foram construídos índices para cada subescala, tendo os seus

valores sido calculados a partir da média aritmética dos itens que as constituíam, variando, assim, entre um mínimo de 0 e um máximo de 4 (Castanheira, et al, 2007). Apresenta bons valores de consistência interna, os trabalhos de adaptação à população portuguesa apontam um valor de *Alfa de Cronbach* de .94 para a escala total e acrescentam a dimensão de embotamento afetivo (Castanheira, et al, 2007)

3.4 PROCEDIMENTO

O projeto foi apresentado a várias instituições, a Maternidade Alfredo da Costa, Hospital de Sta Maria, Hospital Vale do Sousa e Centro de Saúde de Serpa Pinto, com vista a obter colaboração na recolha de dados. Contudo, a recolha da amostra foi efetuada *online* através do preenchimento de um questionário e através do preenchimento face-a-face.

Nos questionários online procedeu-se a criação de um endereço de email que o participante, numa primeira fase, usava para tirar todo o tipo de dúvidas que surgissem, bem como, clarificava quanto ao objeto de estudo e procurava garantir todas as questões de anonimato e confidencialidade. No caso dos questionários online, garantiu-se o consentimento informado (ver anexo), uma vez que se este não fosse aceite não se poderia continuar a responder ao questionário. Na recolha de papel, o mesmo aconteceu relativamente ao consentimento informado.

No preenchimento online a participação total foi de 18 elementos, enquanto em questionários em papel foi de 10 participantes.

Numa fase seguinte precedeu-se à codificação dos questionários, tendo sido os dados introduzidos numa matriz de um programa informático de estatística, *SPSS (Statistical Package for The Social Science)*, versão PAWS, versão 19, release 19.0.0 (2010), Copyright 1989-2010 Polar Engincering and Consulting.

Capítulo - **Resultados**

4

Em função do objetivo desta investigação, os resultados obtidos na análise de dados, são descritos em seguida e suportados pelas respectivas tabelas.

Foi efetuada uma análise estatística descritiva para as características sócio-demográficas da amostra.

Da mesma forma foi realizada uma análise descritiva das frequências e prevalências para o ajustamento conjugal, sintomatologia traumática, dificuldades de regulação emocional e por fim para o luto perinatal. Foi também realizada uma análise comparativa para as dificuldades de regulação emocional e luto perinatal, com outros estudos, Ferreira,(2010) e Rocha(2004) respetivamente. A investigação de Ferreira em 2010, apresenta uma amostra constituída por 19 indivíduos, que passaram pela perda de filhos, o Estudo de Rocha em 2004, centra-se no estudo de “Fatores Psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez” (Rocha, 2004), uma amostra constituída por 114 sujeitos.

É efetuado em seguida um estudo correlacional entre a DAS e as suas dimensões, com sintomatologia traumática, luto perinatal e dificuldades de regulação emocional, e as suas dimensões respetivamente. Bem como entre as dificuldades de regulação emocional, luto perinatal e sintomatologia traumática.

Por último é utilizado o método de regressão linear, com o objetivo de elaborar o modelo predictor.

4.1 ESTUDOS DESCRITIVOS SOBRE O AJUSTAMENTO NO CASAL, PÓS-STRESS TRAUMÁTICO, LUTO PERINATAL E DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

4.1.1 AJUSTAMENTO CONJUGAL

Para a escala de ajustamento conjugal, foi utilizado o ponto de corte americano (Gomez & Leal, 2008) uma vez que ainda não existe um ponto de corte para a população portuguesa, assim os indivíduos que apresentem uma pontuação igual ou inferior a 100, devem ser classificados como desajustados, e os que obtiverem 101 ou superior deverão ser classificados como ajustados

Verificou-se que 64,3% (n=18), apresentam-se como indivíduos desajustados na sua relação conjugal, e 35,7% (n=10) encontram-se num relacionamento ajustado (ver tabela 3)

Tabela 3 - Características Descritivas relativas a Escala de Ajustamento Conjugal

	Escala de ajustamento conjugal				
	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Sd</i>
DAS Total	28	37,00	133,00	84,46	26,69

4.1.2 SINTOMATOLOGIA TRAUMÁTICA

Foi utilizado o ponto de corte sugerido pelos autores originais da escala (Weiss & Marmar, 1997; Castanheira et al, 2007), sendo este de ≥ 35 para a presença de perturbação de Pós-Stress Traumático.

Verificou-se que existe uma elevada percentagem de indivíduos com Pós-Stress traumático. Nesta amostra existe uma prevalência de 92,9% (n=26, M=56,50, sd=9,69), de Pós-Stress traumático, e para indivíduos sem Pós-Stress traumático uma percentagem 7,1% (n=2, M=28,50, sd=,707) (ver tabela 4).

Tabela 4 - Características descritivas relativas a Escala de Impacto de Eventos –Revista

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>
IES-R Total	28	28,00	75,00	54,50	11,87
IES-R ≤ 34	2	28	29	28,50	,707
IES-R ≥ 35	26	39	75	56,50	9,69

4.1.3 DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

De modo a averiguar se existem diferenças significativamente estatísticas (ver tabela 5), comparou-se a amostra (Amostra 1), com uma amostra de uma investigação realizada em 2010 por Ferreira (amostra de contraste), a amostra era constituída por 19 indivíduos, que passaram por uma morte de um filho.

Para tal, efetuou-se um teste t, e observa-se que para a EDRE total, existem diferenças estatisticamente significativas (,000) entre a média da Amostra 1 (M= 95,64; sd= 28,39) e a média da Amostra de contraste (M= 129,05; sd=25,95) (ver tabela 5)

Verificam-se também diferenças estatisticamente significativas em quatro dimensões da EDRE, nomeadamente: Clareza (,000), que na amostra 1 apresenta uma média= 2,23 (sd=,90) e a amostra de contraste com M= 3,63 (sd=,820); dimensão Estratégias (,007), a qual na amostra 1 apresenta uma M=2,97 (sd=1,10), e para a amostra de contraste M=3,57(sd=,783); dimensão Consciência (,000), a qual na amostra 1 apresenta uma M= 2,56 (sd=,937) e na amostra de contraste M=4,33 (sd=,512); e por fim a dimensão controlo (,001) na amostra 1 com uma M=2,64 (sd=,935) e na amostra de contraste com M=3,27(sd=1,08) (ver tabela 5).

Tabela 5 - Testes comparativos relativos a Escala de dificuldades de Regulação Emocional, entre a amostra e a amostra de contraste

	EDRE				Amostra de contraste		t(27)	p
	Min	Max	M	sd	M	sd		
EDRE Total	38,0	141,00	95,64	28,39	129,05	25,95	-6,23	,000**
Clareza	1,00	4,20	2,23	,900	3,63	,820	-8,23	,000**
Objetivos	1,00	5,00	2,98	1,03	3,11	,977	-,635	,531
Estratégias	1,00	4,75	2,97	1,10	3,57	,783	-2,89	,007**
Não aceitação	1,00	4,83	2,43	1,06	2,82	1,28	-1,92	,066
Consciência	1,17	4,33	2,56	,937	4,33	,512	-9,97	,000**
Controlo	1,00	4,50	2,64	,935	3,27	1,08	-3,58	,001**

*p <,05.**p< ,01

4.1.4 LUTO PERINATAL

De modo a averiguar se existem diferenças significativamente estatísticas, comparou-se a amostra (Amostra 1), com uma amostra de uma investigação realizada em 2004 por Rocha (amostra de contraste), na qual a amostra era constituída por mulheres, que passaram por uma morte perinatal.

Para tal, efetuou-se uma Test-T, e observa-se que para a PGS total, existem diferenças estatisticamente significativas ($,000$) entre a média da Amostra 1($M= 117,25$; $sd= 19,10$) e a média da Amostra de contraste($M= 74,45$; $sd=23,93$) (ver tabela 6)

Verificam-se também diferenças estatisticamente significativas nas médias das dimensões da PGS, nomeadamente: Luto ativo ($,000$) que na amostra 1 apresenta uma média= $3,79$ ($sd=,49$) e uma média= $2,88$ ($sd=,98$) para a amostra de contraste; Dificuldades de coping ($,000$), que na amostra 1 apresenta uma média= $3,17$ ($sd=,66$) e a amostra de contraste com $M= 2,37$ ($sd=,57$); e na dimensão desespero ($,000$), a qual na amostra 1 apresenta uma $M=3,47$ ($sd=,74$), e para a amostra de contraste $M= 1,80$ ($sd=,82$) (ver tabela 6) .

Tabela 6 - Testes comparativos relativos a Escala de Luto perinatal, entre a amostra e a amostra de contraste

(* $p <,05$.** $p <,01$)

	PGS				PGS Amostra de contraste		<i>t</i> (27)	<i>P</i>
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>		
PGS Total	71,00	145,00	117,25	19,10	74,45	23,93	11,85	,000**
Luto ativo	2,64	4,64	3,79	0,49	2,88	0,98	9,87	,000**
Dificuldades de coping	1,75	4,38	3,17	0,66	2,37	0,57	6,40	,000**
Desespero	1,93	4,64	3,47	0,74	1,80	0,82	11,93	,000**

4.2 RELAÇÃO ENTRE AJUSTAMENTO CONJUGAL E DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

Quanto a correlações, a sua análise permitiu verificar que o ajustamento conjugal Total, apresenta correlações significativas com as dificuldades de regulação emocional (Total) (-, 574), falta de clareza emocional (-,406), dificuldade em agir de acordo com os objetivos (-,510), acesso limitado as estratégias de regulação emocional (-, 600), não aceitação das respostas emocionais (-,487) e dificuldade no controlo dos impulsos(-,474) (ver tabela 7).

A dimensão consenso da DAS, correlaciona-se com as dificuldades de regulação emocional (-,678), Falta de clareza emocional (-,505), dificuldades em agir de acordo com objetivos (-,607), acesso limitado às estratégias de regulação emocional(-,685), não aceitação das respostas emocionais (-,609) e dificuldade no controlo dos impulsos (-,589) (ver tabela 7).

Verificou-se que não existe nenhuma correlação entre a dimensão satisfação e as dificuldades de regulação emocional (ver tabela 7).

Existe em relação entre a dimensão coesão DAS e a dimensão acesso limitado às estratégias de regulação emocional (-,390) (ver tabela 7).

Observamos que existem relações entre a dimensão expressão e dificuldades de regulação emocional (-,637), Falta de clareza emocional (-,390), dificuldade em agir de acordo com os objetivos (-,574), acesso limitado às estratégias de regulação emocional (-,678), não aceitação das respostas emocionais (-,614) e por com as dificuldades no controlo dos impulsos (-,596) (ver tabela 7).

Observamos que não há nenhuma correlação com a dimensão falta de consciência emocional (ver tabela 7).

Tabela 7 - Correlações entre DAS e EDRE

	EDRE Total	EDRE Clareza	EDRE Objetivos	EDRE Estratégias	EDRE Não Aceitação	EDRE Controlo	EDRE Consciência
DAS Total	-,574**	-,406*	-,510**	-,600**	-,487**	-,474*	-,268
Consenso	-,678**	-,505**	-,607**	-,685**	-,609**	-,589**	-,285
Satisfação	,159	,229	,072	,029	,290	,126	-,099
Coesão	-,357	-,292	-,342	-,390*	-,299	-,276	-,142
Expressão	-,637**	-,390*	-,574**	-,678**	-,614**	-,596**	-,129

* $p < ,05$. ** $p < ,01$ $N=28$

4.3 RELAÇÃO ENTRE AJUSTAMENTO CONJUGAL E SINTOMATOLOGIA TRAUMÁTICA

Verificou-se que existe uma relação positiva entre a dimensão satisfação e a dimensão embotamento do IES-R (,435) (ver tabela 8)

Tabela 8 - Relação entre o ajustamento Conjugal e sintomatologia traumática

	IES-R Total	IES-R Evitamento	IES-R Hipervigilância	IES-R Intrusão	IES-R Embotamento
DAS Total	,014	,006	-,009	,111	,172
Consenso	,031	,048	,027	,108	,166
Satisfação	,234	,236	,022	,109	,435*
Coesão	-,077	-,174	-,028	,031	,047
Expressão	-,214	-,157	-,124	-,052	-,070

* $p < ,05$. ** $p < ,01$ $N=28$

4.4 RELAÇÃO ENTRE AJUSTAMENTO CONJUGAL E LUTO PERINATAL

Relativamente a relação entre ajustamento conjugal e o luto perinatal, podemos observar que existe uma correlação entre o ajustamento conjugal (total) e a dimensão luto ativo (-,418), e o mesmo acontecendo entre a dimensão consenso da DAS e a dimensão luto ativo da PGS (-,393) (ver tabela 9)

Tabela 9 - Relação entre o ajustamento conjugal e luto perinatal

	PGS Total	PGS Luto Ativo	PGS Dificuldades de coping	PGS Desespero
DAS Total	-,280	-,418*	-,281	-,166
Consenso	-,294	-,393*	-,321	-,176
Satisfação	-,170	-,227	,085	-,117
Coesão	-,143	-,297	-,278	-,015
Expressão	-,175	-,318	-,260	-,074

(* $p < ,05$. ** $p < ,01$ $N=28$)

4.5 RELAÇÃO ENTRE DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL, LUTO PERINATAL E

SINTOMATOLOGIA TRAUMÁTICA

Observa-mos que existe em relação entre a PGS total e EDRE total (,557) bem como com as seguintes dimensões: dificuldade em agir de acordo com os objetivos (,538); acesso limitado às estratégias de regulação emocional (,476); Dificuldade no controlo dos impulsos (,518) e falta de consciência emocional (,393) (ver tabela 10).

A dimensão luto ativo correlaciona-se com a EDRE total (,430); dificuldade em agir de acordo com os objetivos (,448); acesso limitado às estratégias de regulação emocional (,424); e dificuldade no controlo dos impulsos (,455) (ver tabela 10).

A dimensão dificuldades de coping correlaciona-se com a dificuldade no controlo dos impulsos (,391) (ver tabela 10).

Por fim a dimensão desespero correlaciona-se com a EDRE total(,444); dificuldade em agir de acordo com os objetivos (,410); e dificuldade no controlo dos impulsos (,445) (ver tabela 10).

Não se verificaram correlações entre as dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia traumática (ver tabela 10).

Tabela 10 - Relação entre Dificuldades de regulação emocional, luto perinatal e sintomatologia traumática

	EDRE Total	EDRE Clareza	EDRE Objetivos	EDRE Estratégias	EDRE Não Aceitação	EDRE Controlo	EDRE Consciência
PGS Total	,557**	,360	,538**	,476*	,248	,518**	,393*
Luto ativo	,430*	,169	,448*	,424*	,192	,455*	,339
Dificuldades de coping	,366	,197	,351	,307	,220	,391*	,276
Desespero	,444*	,243	,410*	,337	,264	,445*	,183
IES-R total	,264	,021	,269	,334	,217	,117	-,271
Embotamento	,158	,290	,026	,042	,035	,107	,149
Evitamento	,086	,069	,080	,090	,164	-,123	-,105
Hipervigilância	,156	-,107	,135	,240	,054	,071	-,263
Intrusão	,080	-,174	,223	,267	-,051	,086	-,288

* $p < ,05$. ** $p < ,01$ $N=28$

4.6 DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL COMO PREDICTOR DO AJUSTAMENTO CONJUGAL

Por meio de uma regressão linear verificamos que as dificuldades de regulação emocional predizem 35,8% do ajustamento diadico em pais de perderam bebês. (ver tabela 11)

Tabela 11 - Impacto das dificuldades de regulação emocional no ajustamento conjugal

Variáveis	EDRE Total		
	B	SE B	B
DAS Total	-,563	,148	-,599**
R ²		,358	

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

Capítulo - **Discussão de resultados**

5

Os resultados obtidos neste estudo, permitem tecer algumas considerações e discussões atendendo ao que já se encontra retratado na literatura.

Com os resultados desta investigação é possível dar resposta a uma parte do objetivo principal da mesma, pois verifica-se que existe uma relação entre as dificuldades de regulação emocional e o Ajustamento conjugal, em pais que sofreram uma perda perinatal.

Relativamente ao ajustamento conjugal, foco principal desta investigação, verificou-se que a maioria dos indivíduos encontra-se num relacionamento desajustado (64,3%), este tipo de conclusão comprova o que já tem sido descrito por vários investigadores, de facto indivíduos que sofreram uma perda perinatal, encontram-se mais vulneráveis a uma dissincronia na sua relação enquanto casal, num estudo Klock et al. (1997) encontraram uma alta incidência de ajustamento conjugal diminuído (53%), sendo que 11% das mulheres relataram discórdia conjugal grave.

Analisando os dados quanto a sintomatologia traumática, verificamos que existe uma prevalência elevada de indivíduos com pós-stress traumático, cerca de 92,9%, este resultado é corroborado com alguns estudos que salientam que este tipo de população se insere num grupo de elevado risco. Um estudo realizado por Engelhard et al em 2001, verificou que um mês após a perda perinatal, 25% das mulheres preenchiem os critérios de DSM-IV para Perturbação de pós-stress traumático. Noutro estudo, realizado em Portugal, por Serrano & Lima em 2006, em casais que sofreram abortos recorrentes, e utilizando a escala de impacto de eventos, verificaram que tanto homens como mulheres, apresentam um elevado percentagem de pós-stress traumático, verificando também que o sexo feminino apresenta uma prevalência mais elevada (Serrano & Lima, 2006).

Quanto às dificuldades de regulação emocional, devido a escassez de estudos relacionados com as dificuldades de regulação emocional em pais que passaram pela morte perinatal, optamos por fazer uma comparação com um estudo de 2010, não publicado, de Ferreira, estudo esse que se foca no luto complicado e regulação emocional em pais que perderam filhos. Constatamos que existem diferenças entre os resultados obtidos, contudo, no seu geral concordam que existem dificuldades de regulação emocional. Desta comparação entre os grupos, verificamos que a amostra em estudo apresenta menores dificuldades de regulação emocional, provavelmente devidos

ao fato do estudo de Ferreira (2010) se reportar a perdas de filhos em idades mais avançadas.

Apesar dessa diferença, podemos afirmar que também os pais que sofrem uma perda no período perinatal não se encontram preparados para regular e aceitar as emoções negativas que surgem de um evento tão traumático. Este facto também pode estar relacionado com a idade jovem dos pais, pois esta pode ser uma das suas primeiras perdas significativas (Fonseca et al, 2010).

Quanto ao luto perinatal, podemos verificar que na nossa amostra a média para o luto perinatal é elevada (117,25), este resultado foi comparado com um estudo realizado por Rocha (2004) numa população de pais 6 meses após uma interrupção médica da gravidez, quando comparados podemos verificar que existe uma diferença significativamente estatística, sendo que na nossa amostra o resultado para a escala no total, é superior ao estudo que foi realizado por Rocha, verificando-se assim que existe mais luto perinatal na nossa amostra.

O nosso resultado aproxima-se com os resultados de um estudo de Zeanah et al (1995) o qual apresenta uma média de 121,55. Este resultado elevado, verifica-se pois uma perda perinatal tem um impacto significativo e duradouro (Bennet, Litz, Lee & Maguen, 2005), sendo uma das perdas mais difíceis de superar (Condon, 2010).

Resultados elevados também foram encontrados, num estudo de Toedter, et al em 2010, o qual compilou 22 estudos com a utilização da escala de luto perinatal. Num total de 2243 indivíduos, a média da escala de luto perinatal é de 84,3 para o total da escala, e uma média de 32,1 para luto ativo, média de dificuldades de *coping* 26,5 e por fim e com uma média de 23,7 para desespero.

Após a análise destes resultados, refletimos sobre os resultados que integram às correlações entre as variáveis ajustamento conjugal e dificuldades de regulação emocional.

Verificamos que o ajustamento conjugal, apresenta correlações negativas com as dificuldades de regulação emocional, falta de clareza emocional, dificuldade em agir de acordo com os objetivos, acesso limitado as estratégias de regulação emocional, não aceitação das respostas emocionais e dificuldade no controlo dos impulsos. Efetuamos o mesmo para as dimensões da DAS e assim observamos que a dimensão consenso, correlaciona-se negativamente com as dificuldades de regulação emocional, Falta de clareza emocional, dificuldades em agir de acordo com objetivos, acesso limitado às estratégias de regulação emocional, não aceitação das respostas emocionais e

dificuldade no controlo dos impulsos. Verificamos que existe em relação negativa entre a dimensão coesão e a dimensão acesso limitado às estratégias de regulação emocional. Existe do mesmo modo uma relação negativa entre a expressão e dificuldades de regulação emocional, Falta de clareza emocional, dificuldade em agir de acordo com os objetivos, acesso limitado às estratégias de regulação emocional, não aceitação das respostas emocionais e as dificuldades no controlo dos impulsos.

Observamos que não existe nenhuma correlação entre a dimensão satisfação e as dificuldades de regulação emocional. Assim como verificamos que não há nenhuma correlação com a dimensão falta de consciência emocional.

Podemos então sugerir que quanto maior são as dificuldades em regular as emoções, menor será o ajustamento conjugal. O facto de os pais não aceitarem as respostas emocionais negativas em função da perda do bebé, e a dificuldade na realização de tarefas que impliquem a deslocalização da atenção à perda, levam a dificuldades na resolução de problemas; se numa relação conjugal existem problemas que tem que ser solucionadas, e se esta capacidade está comprometida, devido ao evento traumático, que é a perda de um filho (Lichetenthal e tal 2010), verifica-se então um decréscimo no ajustamento conjugal.

Outra dificuldade é a de controlar os impulsos, os pais devido a esta dificuldade têm respostas irrefletidas e desapropriadas que podem trazer consequências negativas para a relação de casal. Nestes casos um dos cônjuges pode não tolerar estes comportamentos desapropriados, sendo mais um dos fatores que pode interferir no ajustamento conjugal. A dificuldade de recorrer a estratégias para regular emoções inerentes ao processo de luto, pode levar a ruminação sobre a morte do bebé, esta ruminação leva à centralidade do evento, e mais uma vez, os casais não dão a devida atenção ao que está a acontecer com a sua relação conjugal.

Por fim a falta de clareza emocional, leva o individuo a ter dificuldades em expressar discriminadamente as suas emoções, quer elas sejam positivas ou negativas, assim não é capaz de as comunicar claramente com o seu cônjuge, o que pode levar a percepções erróneas sobre o sofrimento um do outro.

Este tipo de resultado parece demonstrar o luto incongruente, que os casais sentem após a perda perinatal. A forma como cada um dos cônjuges percebe o sofrimento do outro (Lang, et al, 2004) pode ser mal interpretado, normalmente as mães percebem

os sentimentos do pai de uma forma negativa, pois eles não demonstram tanto as suas emoções, e os pais acham que devem ser mais fortes para conseguir seguir em frente. Ainda mais pelo facto de tanto num como no outro as respostas emocionais não estarem a ser adaptativas, existem então uma capacidade diminuída de as expressar de forma adaptada. Nestes casos pode começar a existir desentendimentos, levando a um decréscimo no suporte que cada um dos cônjuges oferece, levando a um menor ajustamento conjugal (Lang, et al 2004).

Podemos verificar que a EDRE não explica a dimensão satisfação conjugal, contudo o mesmo não acontece com o embotamento, uma vez que há uma relação positiva entre a dimensão satisfação e a dimensão embotamento do IES-R. Assim, podemos sugerir que quanto maior é o embotamento afetivo maior será a satisfação conjugal, assim podemos sugerir que o facto de os pais estarem a passar por um evento traumático, focando-se na perda do bebé, não estão a dar a devida atenção a sua situação conjugal, o que leva a que não se expressem com o seu parceiro o que estão a sentir face à conjugalidade.

Do mesmo modo analisamos a relação entre o ajustamento conjugal e o luto perinatal, podemos observar que existe uma correlação negativa entre o ajustamento conjugal e a dimensão luto ativo, e o mesmo acontecendo entre a dimensão consenso e a dimensão luto ativo da PGS, estes resultados levamo-nos a sugerir que quanto mais luto ativo, mais diminuída estará a relação conjugal. Se existe um luto ativo, o processo de luto não se encontra resolvido, assim estes pais, podem se encontrar demasiado focados na perda, e mais uma vez, não se focarem na sua situação conjugal, nem no que se esta a passar com o outro parceiro.

Por último efetuamos uma correlação entre as dificuldades de regulação, luto perinatal e sintomatologia traumática e observa-mos que existe em relação positiva entre o luto perinatal e dificuldades de regulação emocional, bem como com as seguintes dimensões, dificuldade em agir de acordo com os objetivos; acesso limitado às estratégias de regulação emocional; Dificuldade no controlo dos impulsos e falta de consciência emocional.

A dimensão luto ativo correlaciona-se positivamente com as dificuldades de regulação emocional; dificuldade em agir de acordo com os objetivos; acesso limitado às estratégias de regulação emocional; e dificuldade no controlo dos impulsos.

A dimensão dificuldades de coping correlaciona-se de forma positiva com a dificuldade no controlo dos impulsos.

Por fim a dimensão desespero correlaciona-se positivamente com as dificuldades de regulação emocional; dificuldade em agir de acordo com os objetivos; e dificuldade no controlo dos impulsos.

Não se verificaram correlações entre as dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia traumática.

Estes factos, levamo-nos a sugerir que quanto mais luto perinatal mais difícil será para estes pais regularem as suas emoções.

Boxer em 1996 e Read em 1999 sugeriram que o stress e o sofrimento advindo da perda pode interferir com a vida conjugal (Serrano & Lima, 2006).

Segundo Cacciatore et al em 2008, a intensificação do luto leva a um desajustamento conjugal, sendo que a qualidade do ajustamento conjugal é um dos mais importantes preditores para a adaptação a perda.

Mekosh-Rosenbaum & Lasker (1995), constaram que 5,77% dos casamentos terminaram em divórcio, após a morte do bebé (Cacciatore et al, 2008).

Num estudo de DeFrain et al (1986), 1,5% das mães e 3% dos pais, relataram que a morte do bebé, foi a razão para divórcio (Cacciatore et al, 2008).

Contudo, Bonanno, em 1990, conclui que os conflitos são normais após uma perda perinatal, mas que depois de resolvido o processo de luto, os casais revelam uma optima satisfação conjugal.

Relativamente à análise da regressão linear, pode-se verificar que as dificuldades em regular as emoções assumem um papel importante no desenvolvimento e na predição do ajustamento conjugal.

Foram efetuadas também regressões, para o luto perinatal e ajustamento conjugal, e sintomatologia traumática e ajustamento conjugal, contudo os valores de predição revelaram-se muito baixos, sendo que optamos por não lhes dar ênfase nesta investigação.

Capítulo - **Conclusão**

6

O foco desta investigação foi a relação conjugal após uma perda perinatal e compreendeu variáveis de luto perinatal, pós-stress traumático e dificuldades de regulação emocional.

A variável de dificuldades de regulação emocional tem sido alvo de diversos estudos um pouco em todas as áreas, pois cada vez mais se verificam evidências de que as dificuldades em regular as emoções podem levar a psicopatologias.

A morte perinatal é considerada por Leon, 1990 e Weis, 2000 como um evento psicológico mais angustiante que os pais enfrentam, fazendo-os sentir inseguros e desprotegidos (O’Leary, 2005).

Contudo, muito pelo facto do tema da regulação emocional ser muito recente e de os pais em luto perinatal não serem classificados como um grupo de risco, não conseguimos encontrar uma investigação sobre as dificuldades de regulação emocional neste grupo de indivíduos. É este então o ponto crucial da pertinência deste estudo.

Os resultados que obtivemos neste estudo, deixam um alerta para este grupo de risco, que podem desenvolver consequências graves para a sua saúde mental. Sugerimos então a pertinência de intervir junto desta população, de forma a minimizar os danos provocados pela perda, que podem surgir a longo prazo, outro aspeto a ter em conta é que luto perinatal, não pode ser classificado como depressão pós-natal, nem ser medicado como tal (Condon, 2010).

Mas para que esta intervenção possa acontecer, é necessário que mais estudos sejam feitos na área da regulação emocional, para uma maior informação sobre o momento e como intervir.

Esta investigação teve várias limitações, as quais deverão ser consideradas relativamente aos resultados obtidos. A amostra deste estudo é reduzida não representando a população em geral, desde o início desta investigação, sabíamos que ia ser uma das limitações, e realmente confirmou-se, por um lado pela burocracia necessária para conseguir fazer uma recolha de dados em instituições de saúde públicas e, por outro, pela difícil aceitação dos pais em participar no estudo. Este aspeto limita o tipo de análise estatística e as possibilidades de generalização dos resultados.

Em estudos futuros será pertinente averiguar a satisfação conjugal, uma vez que esta dimensão não se correlaciona com nenhuma das variáveis em estudos. É importante perceber o que realmente se está a passar com a satisfação destes casais, de modo a se

conseguir intervir adequadamente. Assim será importante questionar se a escala de ajustamento diadico, é realmente uma boa escala para medir o ajustamento conjugal. Outro ponto importante a ser explorado, é a questão do embotamento, e se realmente acontece uma centralidade no evento (Berntsen & Rubin, 2006) de perda, que por sua vez leva a uma centralidade na parentalidade perdida em detrimento da relação conjugal.

BIBLIOGRAFIA

- Adolfsson, A., & Larsson, P. (2010). Applicability of general grief theory to swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's Taxonomy, using the perinatal grief scale. *Upsala Journal of medical sciences*, 115, 201-209.
- APA. (2010). *Manual of the American Psychological Association 6TH ed.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Armstrong, D. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after a perinatal loss. *journal of nursing scholarship*, 339-345.
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal on fathers; systematic review. *journal of psychosomatic obstetrics & Gynecology*, 245-256.
- Bayle, F., Vance, J., Najman, J., & Thearle, M. (1996). The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: Prevalence and Patterns of distress among mothers. *Social Sciences & Medicine*, 1273-1282.
- Bennett, M., Litz, T., Maguen, S., & Ehrenreich, J. (2008). An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of loss and trauma*, 485-510.
- Bennett, S., Litz, B., Lee, B., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Research & Practice*, 180-187.
- Bersten, D. & Rubin, D.C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour research and therapy*, 44, 219-231
- Beutel, M., Wilner, H., Deakardt, R., Von Rad, M., & Weiner, H. (1996). similarities and differences in couples grief reactions following a miscarriage: Results from a longitudinal study. *journal of psychosomatic research*, 245-253.

- Boelen, P., Bount, J., & Hout, M. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry* , 225-238.
- Bohannon, J. (1990). Grief responses of spouses following the death of a child: A longitudinal study. *Omega* , 109-120.
- Bonanno, G. (2001). Grief and emotion: A social-functional perspective. In M. Stroebe, & R. Hansson, *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington, DC : American Psychological Association: W. Stroebe & H. Schut.
- Bonanno, G., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of bereavement . *Journal of abnormal psychology* , 126-137.
- Bosticco, C., & Thompson, T. (2009). The role of communication and story telling in the family grieving system. *Journal of family communication* .
- Berstsen, D. & Rubin, D.C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour research and therapy*, 44, 219-231
- Buchi, S., Schnyder, U., Glaser, A., & Bucher, H. (2009). Shared or discordant grief in couples 2-6 years after the death of their premature baby: Effects on suffering and posttraumatic growth. *Psychosomatics* .
- Cacciatore, J. (2010). The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *social work in health care* , 134-148.
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of family social work* , 351-372.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J. (5-9 de June de 2007). Impact of event scale-revised (IES-R): Portuguese validation. *European congress of traumatic stress, Opatija, Croacia* .
- Comin, F., & Santos, M. (2009). Casar e ser feliz: mapeando a mensuração da satisfação conjugal. *Psico(simbolo)* , 430-437.

- Condon, J. (1986). management of established pathological grief reaction after stillbirth. *American Journal of Psychiatry* , 987-992.
- Condon, J. (2010). Women's mental health: A "wish-list" for the DSM-V. *Aron womens mental health* , 5-10.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de dificuldades de regulação emocional e a sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clin.* , 145-151.
- Davila, J., Bradbury, T., & Fincham, F. (1998). Negative affectivity as a mediator of the association between adult attachment and marital satisfaction. *Personal Relationships* , 467-484, V5.
- Denis, T., Martin, S., & Pamela, C. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development* , 317-333.
- Dodge, K., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In K. Dodge, & J. Garber, *The development of affect regulation and dysregulation* (pp. 3-11). New York: Cambridge Press.
- Engelhard, I., Van den Hout, M., & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* , 62-66.
- Fatia, A. (2008). Uma mão cheia de nada: vivências da mulher submetida a interrupção médica de gravidez por malformações fetais. (*dissertação de mestrado Em estudos sobre as mulheres - Não publicada*) Universidade Aberta, Lisboa .
- Ferreira, E. (2010). Luto complicado e regulação emocional em pais que perderam os Filhos. (*tese de mestrado em Psicologia Clinica e da Saude- não publicada*) Instituto Superior Ciências da Saude- Norte .
- Fonseca, A., Pedrosa, A., Canavarro, M., & Nazaré, B. (2010). Eficácia de um Protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal: A percepção das utentes. *Revista de Enfermagem III-serie N°2- dezembro* , 55-64.

- Franché, L. (2001). Psychological and Obstetric Predictors of Couples Grief During Pregnancy After Miscarriage or Perinatal Death. *Obstetrics & Gynecology* , 597-602.
- Gaudet, C., Séjourné, N., Combarieux, L., Rogers, R., & Chabrol, H. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of reproductive and infant psychology* , 240-251.
- Gilbert, K. (1989). Interactive grief and coping in the marital dyad. *Death Studies* , 605-626.
- Gold, K. (2007). Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *Journal of Perinatology* , 230-237.
- Goldbeck-Wood, S. (1996). Post-traumatic stress disorder may follow childbirth. *British Medical Journal* .
- Gomez, R., & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica* , 625-638.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment* .
- Gross, J. (2007). *Handbook of Emotional Regulation*. USA: Guilford.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology* , 271-299.
- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *The Lancet* , 114-118.
- Hutti, M. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *JOGNN: Journal of Obstetric, gynecologic & neonatal nursing* , 630-638.
- Klock, S., Chang, G., Hiley, A., & Hill, J. (1997). Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics* , 503-507.

- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2004). Explanatory model of health in bereaved parents post fetal /infant death. *International Journal of Nursing studies*, 41(8), 869-880
- Leon, I. (2001). *Perinatal loss- Psychological aspects of womens's health care: the interface betwen psychiatry and obstetrics and gynecology*. Washington, DC: American Psychiatric Association: Statland & D.stewart (2nd- p.p.- 141-173).
- Lichenthal, W., Currier, J., Neimeyer, R., & Keesee, N. (2010). Sense and Significance: A Mixed Methods Examination of Meaning Making After the Loss of One's Child. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 791-812.
- Lopes, S. (2009). Genealogia do desejo: A influencia da satisfação conjugal no estabelecimento da realção precoce entre Mãe-bebé. *Mestrado integrado em psicologia- Faculdade de Psicologia- Universidade de Lisboa* .
- Martins, C., Siqueira, K., Tyrrell, M., Barbosa, M., Carvalho, S., & Santos, L. (2008). Familiar dynamics in situation of birth and puerperal. *Rev Elect Enf* , 1015-1025.
- Menezes, C., & Lopes, R. (2007). Relação conjugal na transição para a parentalidade: gestação até dezoito meses do bebé. *Psico-USF* , 83-93.
- Mosmann, C., Wagner, A., & Carneiro, T. (2006). Qualidade conjugal: Mapeando conceitos. *Paidéia* , 315-325.
- Narciso, I., & Ribeiro, M. (2009). *Olhares sobre a conjugalidade*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de psicologia* , 575-584.
- O'Leary, J. (2005). The trauma of ultrasound during a pregnancy following perinatal loss. *journal of loss and trauma* , 183-204.
- Pereira, M., Santos, A., & Ramalho, V. (1999). Adaptação á gravidez: um estudo biopsicossocial. *Notas de investigação* , 583-590.

- Prigerson, H., Shear, M., Jacobs, S., Reynolds, C., Maciejewski, P., Davidson, J., et al. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry* , 67-73.
- Radestad, I., Steineck, G., Nordin, C., & Sjogren, B. (1996). Psychological complications after stillbirth- Influence of memories and immediate management: Population based study. *British Medical journal* , 1505-1508.
- Reid, M. (2007). The loss of a baby and the birth of the next infant: The mother's experience. *Journal of child psychotherapy* , 181-201.
- Rocha, J. (2004). Fatores Psicologicos da mulher face à interrupção médica da gravidez. *Tese de doutoramento- Inst. de ciências biomédicas de Abel Salazar- Universidade do Porto* .
- Rodriguez, A. (2009). Impacto de uma intervenção espontanea da gravidez na vinculação Pré.Natal, numa Gravidez seguinte. *Mestrado integrado em psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação* .
- Serrano, F., & Lima, M. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and psychotherapy: Theory, Research and practice* , 585-594.
- Sroufe, L. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Toedter, L., Lasker, J., & Alhadeff, J. (1988). THE PERINATAL GRIEF SCALE: Development and Initial Validation. *American journal of Orthopsychiatry* , 435-449.
- Toedter, L., Lasker, J., & Janssen, H. (2010). International comparison of studies using the perinatal grief scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death studies* , 205-228.
- Turton P, Hughes P, Evans CDH, Fainman D. (2001). Incidence, correlates and Predictors of post traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 178(6): 556-560

Twenge, J., Campbell, W., & Foster, C. (2003). Parenthood and Marital Satisfaction: A Meta-Analytic Review. *Journal of marriage and family* , 574-583.

VÄ ISÄNE N, L.(1999). Family grief and recovery process when a baby dies- A qualitative study of family grief and healing processes after fetal or baby loss. (unpublished dissertation). Faculty of medicine, department of psychiatry and department of nursing, University of OULU, Finland

Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The impact of event scale-revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New-York: Guildford.

Zeanah, C.H., Danis, B., Hirshberg,L., et al (1995). Initial adaptation in mothers and fathers following Perinatal loss. *Infant mental health Journal*, 16, 80-93

Zolese, G., & Blacker, C. (1992). The psychological complications of therapeutic abortion. *The British Journal of Psychiatry* , 742-749.

ANEXOS

ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Atualmente, apesar de se verificar um aumento de investigações sobre o Luto, existe ainda um grande vazio no que se refere ao estudo de variáveis específicas de Luto e Regulação Emocional, em relação a satisfação conjugal.

Esta investigação, tem como principal objetivo indagar quais os fatores predictores da satisfação conjugal de pais em luto perinatal.

Para tal, será pedido aos pais que perderam bebés, o preenchimento dos questionários anexados a este termo. Todos os dados recolhidos através dos questionários são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins.

Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objetivos e protocolo de investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte do estudo que está a ser realizado pela Unidade de Investigação em Psicologia Clínica e Saúde (Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte - UnIPSa). E que poderei desistir desta participação sem qualquer consequência contactando a investigadora().

(Rubrica)

Obrigado pela sua colaboração

Questionário de Avaliação

<https://spreadsheets.google.com/viewform?formkey=dDV6M19kT1hieKVma3JMRXJUQ3ZOMkE6MQ>

Questionário de Avaliação de Pais em Luto Perinatal

Actualmente, apesar de se verificar um aumento de investigações sobre o Luto, existe ainda um grande vazio no que se refere ao estudo do Luto Perinatal e da Regulação Emocional, em relação a satisfação conjugal.

Esta investigação, tem como principal objectivo indagar quais os factores predictores da satisfação conjugal de pais em luto perinatal.

Para tal, será pedido aos pais que perderam bebés, o preenchimento dos questionários anexados a este termo. Todos os dados recolhidos através dos questionários são confidenciais, não podendo ser usados para outros fins.

***Obrigatório**

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO *

Assim, após ser devidamente informado(a) sobre os objectivos e protocolo de investigação, declaro que aceitei de livre vontade fazer parte do estudo que está a ser realizado pela Unidade de Investigação em Psicologia e Saúde (Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte - UnIPSA) e que poderei desistir desta participação sem qualquer consequência contactando a investigadora (flaviasofiacorrea@gmail.com).

Aceito

Tecnologia do [Google Docs](#)

[Denunciar abuso](#) - [Termos de utilização](#) - [Termos adicionais](#)

ANEXO II - PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO

Avaliação de Pais em Luto Perinatal

- Parentesco: Mãe Pai - Sexo: F M - Idade: _____

- Estado Civil: _____ - Habilitações Literárias: _____

- Profissão: _____

- Nº de filhos atualmente: _____ Idades: _____

Sobre a sua perda

- Sexo do/a falecido/a: F M - Há quanto tempo ocorreu? _____

- Quantas semanas tinha a/o sua/seu bebê: _____

- Causa da morte: _____ da

ANEXO III - PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO ENVIADO PARA AS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE



Título: Os sintomas traumáticos e regulação da emoção como preditores de ajustamento conjugal após perda perinatal

Tópico: Luto perinatal

Palavras-chave: Perda Perinatal, ajustamento conjugal, stress traumático, regulação emocional **Autores:** Corrêa, F. S. Rocha, J.C.

UnIPSa; Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte, CESPU. Rua Central de Gandra, 1317. 4585-116 Gandra PRD, Portugal

Resumo

A perda perinatal corresponde à morte do feto nas últimas semanas da gravidez ou do recém-nascido nas primeiras semanas após o parto. É uma situação paradoxal e difícil de aceitar, pois o bebé que nasce, ou ia nascer, morre inesperadamente. Nessas situações, o stress gerado aos casais é intenso e importante sobre processo de luto e regulação da emocional.

O objetivo deste estudo é investigar quais os fatores que predizem ajustamento conjugal dos pais em luto no período perinatal. O estudo é transversal e multicêntrico, utilizando a Escala de Ajustamento Diádico (DAS), a Escala de Dificuldades de regulação emocional (EDRE), Escala de Eventos traumáticos - Revista (IES-R) e a Escala de Luto Perinatal (PGS). Utilizamos uma regressão linear múltipla, a fim de determinar quais os fatores que predizem ajustamento conjugal. A perda perinatal pode restringir o relacionamento entre os pais. Ambos os pais podem descrever níveis mais elevados de insatisfação conjugal do que o esperado. Há evidências de que a perda perinatal pode estar associada a uma pior evolução psicológica, particularmente com sintomas de PTSD (> 25%). Sequelas a longo prazo do luto perinatal na família podem incluir a discórdia e a separação dos pais, possivelmente relacionado a PTSD.

Resenha teórica

A perda é um dos fenômenos universais da existência humana, pois ocorre a todas as pessoas em vários momentos ao longo da vida (Moura, 2006).

A morte remete-nos ao sentimento de impossibilidade de reverter a perda, ou seja, reaver o ente querido, coloca-nos de frente á nossa própria fragilidade e mortalidade e exige do enlutado experienciar uma dor quase insuportável (Moura, 2006).

Para se compreender a origem da dor e sofrimento advindos da perda de alguém, é importante entender porque é que se estabelecem fortes laços entre as pessoas. A teoria da vinculação de Bowlby é essencialmente uma teoria da origem e natureza do amor (Chisholm, 1996 cit in Melo, 2004), diz respeito aos laços afetivos que são criados pela familiaridade e proximidade com as figuras parentais no início da vida. Estes surgem da necessidade de segurança e proteção. Acaba por ser um movimento inato que permite manter os progenitores e descendentes unidos, numa relação inicialmente unidirecional (Melo, 2004).

Apesar do processo de luto ser aparentemente um mecanismo universal e que se dá em várias espécies, cada indivíduo tem uma forma idiossincrática de o realizar e o processo varia não só de pessoa para pessoa, como também existem diferenças consoante a faixa etária em que o indivíduo se encontra (Melo, 2004).

A morte de um filho é considerada fora de tempo, uma anormalidade que vai contra a ordem natural. O luto dos pais costuma tomar proporções de sofrimento muito intensas porque afeta as dimensões individuais, da sua relação com o parceiro(a), familiar e social. Os pais sentem como se tivessem perdido um pedaço de si mesmos (Viorst, 1988, cit in Bolze, Castoldi, 2005).

A perda durante a gestação do bebé, a qual foi atribuída a esperanças e sonhos futuros (Kimble, 2004, Murphy, 1998) e as perturbações no relacionamento com seu parceiro (Speckhard, 1997) podem ser tão devastadoras para os homens como para mulheres (O'Leary, Thorwick, 2005).

Quando se fala de perda perinatal esta acomete a morte do feto e morte de um recém-nascido nos primeiros 28 dias após o nascimento (morte neonatal) (Armstrong,

2002). O reconhecimento desta perda como uma perda significativa é relativamente recente (Badenhorst & Hughes, 2007). Embora, este tipo de perda seja cada vez menor, em Portugal a taxa de mortalidade perinatal corresponde a 4% em 2008.

Esta perda é muitas vezes percebida como um evento stressante da vida. Na maioria dos casos a perda é repentina e inesperada, parece irreal. Posteriormente reações podem variar, mas a raiva, tristeza, a culpa, angústia, a preocupação com a perda, e a perda de interesse, são reações frequentes, no processo de luto (O'Leary, Thorwick, 2005).

Ao longo do tempo estas reações tendem a diminuir na frequência e intensidade, e a maioria das mulheres adaptam-se as suas perdas (O'Leary, Thorwick, 2005).

Contudo, algumas mulheres desenvolvem morbidade psiquiátrica, indicando luto complicado. Os estudos realizados concentraram-se principalmente na depressão, mostrando que cerca de 30 a 50% desenvolvem graves sintomas de depressão nos seis meses após a perda. No entanto, a perda da gravidez também pode envolver elementos traumáticos, resultando em ansiedade (O'Leary, Thorwick, 2005).

A quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) descreve o PTSD como um transtorno de ansiedade que é precipitada por um evento traumático e caracterizada por sintomas de re-experimentar, esquiva de lembretes do evento e anestesiante, e aumento da excitação (O'Leary, Thorwick, 2005).

Estes podem ser assumidos como reações comuns a perda de uma gravidez, especialmente se o evento morte é percebido como uma pedra no caminho parental (O'Leary, Thorwick, 2005).

Um estudo constatou que 2,5 meses após a perda da gravidez, 10% das mulheres, preenchem sintomas necessários para o diagnóstico de PTSD, em 6 meses, o número de mulheres com sintomas de PTSD, diminui para 5% e em 12 meses para 4%. No entanto, aquando da avaliação realizada neste estudo, e devido ao tempo que já tinha passado após a perda, muitos dos sintomas podem ter dissipado (Engelhard, 2001)

No entanto, mesmo se os sintomas não são suficientes para um diagnóstico de PTSD, estes podem prejudicar qualidade de vida (Engelhard, 2001).

Verifica-se que Homens podem tirar proveito das discussões sobre o impacto da perda e a gravidez subsequente na vida conjugal. Em casais emocionalmente estáveis, um aborto espontâneo ou morte perinatal pode trazer, por vezes, uma experiência de dessincronia na sua experiência de dor e angústia, devido a uma maior discrepância. A normalização da dessincronização ocasional passa pelo incentivo a livre comunicação. Um estudo recente sugeriu que após uma perda na gravidez, existe uma maior dependência mútua, a qual é benéfica nestes casos (Franche, 2001).

Mas esta dependência, como consequência da perda perinatal, pode restringir a relação entre pais enlutados, em especial se os pais não experimentam reações de luto antes (Badenhorst, 2007). Por exemplo, quando um dos pais não está mais triste, o outro pode ter isso como insensível. Ambos os pais e as mães podem descrever níveis mais elevados de insatisfação conjugal que o expectável (Badenhorst, 2007).

Estudos Longitudinais identificaram um aumento em relação a separações (Badenhorst, 2007).

Swanson (2003) explorou o efeito da perda em casais a partir da perspectiva de 185 mulheres durante o primeiro ano após a perda. Um ano após a perda, 32% referiram que o relacionamento interpessoal foi mais distante, e 39% deles relataram a relação sexual foi mais distantes. Distância em ambos os tipos de relações foi associadas a um aumento de perturbações emocionais, incluindo estado deprimido, ansioso, confuso e temperamental (Hutti, 2005).

As mulheres que relataram aumento da distância viam a perda, como um acontecimento devastador, e significativo, ficando mais predisposta para se sentirem mais isoladas (Hutti, 2005).

Estas mulheres evitavam relações sexuais, o que ocasiona uma fonte de tensão no relacionamento (Hutti, 2005).

A percepção da mulher acerca do apoio do marido/companheiro, foi avaliado num estudo qualitativo com oito mulheres por Owen Corbet (2003). Owen descortinou que pode ser difícil para os homens dar apoio emocional em momentos de alto stress,

quando eles também estão em crise. Embora os pais (homens) tenham as melhores intenções de apoio, eles tendem a fazê-lo de modo instrumental ao invés de dar apoio emocional (Hutti, 2005).

Resultando em sentimento de luto e falta de suporte, a sentimento de culpa e a desvalorização por parte do pai, para estas mães (Corbet-Owen, 2003). Assim, o conflito conjugal torna-se mais provável (Hutti, 2005).

Apesar da crescente consciência das repercussões de perda perinatal, pouco se sabe sobre seu impacto no ajustamento dos casais (Franche & Mikail, 1999).

□ *Conceito de Satisfação conjugal*

O conceito de satisfação conjugal encontra-se diretamente vinculado ao contexto social no qual o relacionamento afetivo está inserido (Comin & Santos, 2009).

Satisfação conjugal é, sem dúvida um conceito subjetivo, implicando ter as próprias necessidades e desejos satisfeitos, assim como corresponder, em maior ou menor escala, ao que o outro espera, definindo um dar e receber recíproco e espontâneo. Relaciona-se com sensações e sentimentos de bem-estar, contentamento, companheirismo, afeição e segurança, fatores que propiciam intimidade no relacionamento, decorrendo da congruência entre as expectativas e aspirações que os cônjuges têm, em comparação à realidade vivenciada no casamento (Norgren et al, 2004).

Além disso, Farias (1974) identificou não haver diferença quanto ao alto nível de expectativas para com o casamento em casais satisfeitos ou insatisfeitos, mas sim entre as expectativas e o que vivenciam na realidade atual (Norgren et al, 2004).

Reconhece-se atualmente que a satisfação, conjugal é um fenômeno complexo, no qual interferem, diversas variáveis tais como: características de personalidade, valores, atitudes e necessidades, sexo, momento do ciclo de vida familiar, presença de filhos, nível de escolaridade, nível sócio econômico, nível cultural, trabalho renumerado e experiência sexual anterior ao casamento (Norgren et al, 2004).

Objetivos

A presente proposta de investigação tem como objetivo geral, investigar quais os fatores que predizem ajustamento conjugal dos pais em luto no período perinatal.

Metodologia

Desenho e método

O desenho proposto é Transversal, passa pela aplicação de quatro escalas, a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional, Escala de Ajustamento Diádico, escala de luto perinatal e a Escala de Impacto de Eventos Traumáticos - Revista (IES-R). O método este é experimental, onde a variável dependente é a satisfação conjugal. Relativamente às variáveis independentes, estas são as dificuldades de regulação emocional, luto perinatal e eventos traumáticos.

Instrumentos

Neste estudo irão ser utilizados quatro instrumentos: um para avaliar a satisfação conjugal, sendo ele a Escala de ajustamento diádico (DAS), outra para avaliar a o evento traumático (IES-R) , um para avaliar as dificuldades de regulação emocional, sendo esta a Escala de dificuldades de Regulação Emocional (EDRE), e por fim a escala de luto perinatal (PGS).

□ A dyadic adjustment scale (DAS)

Esta escala, foi criada por Spanier, em 1976, e foi validada para a população portuguesa em 2008, por Isabel Leal e Rita Gomez.

É uma medida de avaliação da relação conjugal. É constituída por 32 itens, dos quais trinta são cotados numa escala tipo-Likert de 0 a 5, e dois são cotados de 0 -7 opções de resposta e dois são respondidos ‘sim’ ou ‘não’; a maioria dos itens tem seis opções de resposta, que são cotadas de 0 a 5 e variam entre ‘sempre em desacordo’ a ‘sempre em acordo’ ou desde ‘sempre’ a ‘nunca’ (Gomez, Leal, 2008).

Esta escala mede as seguintes dimensões:

O consenso diádico é representado pelos itens 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15. Esta subescala está direcionada para a avaliação da percepção individual do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas da relação (Gomez, Leal, 2008).

A satisfação diádica é representada pelos itens 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 31 e 32. Esta subescala procura medir as percepções individuais das questões relativas a discussão do divórcio, a saída de casa após briga, ao arrependimento com o casamento, as brigas, a implicância mútua, ao estar bem, a confiança no cônjuge, o beijo no cônjuge, ao grau de felicidade e ao compromisso com o futuro do relacionamento (Gomez, Leal, 2008).

A coesão diádica é representada pelos itens 24, 25, 26, 27, 28. Esta subescala examina o senso de compartilhamento emocional do casal (Gomez, Leal, 2008).

A expressão Diádica de afeto é representada pelos itens 4, 6, 29, 30, medindo a percepção da concordância dos membros do casal sobre as demonstrações de afeto, as relações sexuais, a falta de amor e as recusas ao sexo (Gomez, Leal, 2008).

O resultado total da escala varia de 0 a 151 e é obtido pela soma total dos resultados das quatro subescalas (Gomez, Leal, 2008).

Os indivíduos que obtiverem resultados iguais ou inferiores a 100, devem ser classificados como na vivência de um relacionamento de sofrimento ou desajustado (Gomez, Leal, 2008).

Escala de dificuldades de regulação emocional

Esta escala foi desenvolvida por Gratz e Roemer, em 2004, e adaptado para a População Portuguesa por Filipa Machado Vaz et al em 2010.

A Escala de Avaliação das Dificuldades de Regulação Emocional (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*; Gratz & Roemer, 2004) é uma medida de auto-relato que avalia as dificuldades de regulação emocional. O Questionário de Avaliação das Dificuldades de Regulação Emocional é constituído por 36 itens, aos quais os indivíduos devem

responder com base numa escala de Likert de 5 valores, desde 1 (Raramente) a 5 (Sempre) (Vaz, et al, 2010).

Os itens da Escala de Avaliação das Dificuldades de Regulação Emocional foram desenvolvidos e selecionados com o objetivo de avaliar as seis dificuldades no processo de regulação emocional (a); Não experienciação da ativação emocional; (b) Dificuldade de compreensão da resposta emocional; (c) Não aceitação da resposta emocional; (d) Dificuldades no envolvimento em comportamentos para ação na ocorrências de emoções desadaptativas; (e) Dificuldades na compreensão da resposta emocional; (f) dificuldades de controlo de impulsos durante a ativação de emoções desadaptativas (Vaz, et al, 2010).

Escala de luto perinatal (PGS)

Este instrumento, frequentemente utilizado para avaliar situações de morte perinatal e neonatal, foi inicialmente desenvolvido por Toedter e Lasker (1988) e posteriormente traduzido e adaptado para português por Rocha (2004). É uma escala de *Likert* constituída por 33 itens com 5 níveis de resposta, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente) (Rocha, 2004). A estrutura deste instrumento contempla 3 subescalas na avaliação do luto perinatal: Desespero; Luto Ativo e Dificuldades de *Coping* (Toedter & Lasker, 1998). De forma a permitir a comparação entre estas três subescalas e as restantes variáveis deste estudo, foram construídos índices para cada subescala, tendo os seus valores sido calculados a partir da média aritmética dos itens que as constituíam, variando assim entre um mínimo de 1 e um máximo de 5 (Rocha, 2004).

Escala de Impacto de Eventos Traumáticos - Revista (IES-R)

A Escala de Impacto de Eventos Traumáticos- Revista (Weiss & Marmar, 1997) encontra-se adaptada para a população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso e Rocha (2007). Trata-se de uma escala de Likert constituída por 22 itens com cinco níveis de resposta, que variam entre 0 (nunca) e 4 (extremamente) (Weiss & Marmar, 1977). Desenvolvida de acordo com os critérios do DSM-IV para a PTSD, trata-se de uma medida de auto-relato que permite a identificação e avaliação de reações Traumáticas em quatro subescalas: Evitamento, Embotamento, Intrusão e

Hipervigilância, capazes de avaliar sintomas como a irritabilidade, agressividade, entre outros (Weiss & Marmar 1977).

De igual modo, foram construídos índices para cada subescala, tendo os seus valores sido calculados a partir da média aritmética dos itens que as constituíam, variando, assim, entre um mínimo de 0 e um máximo de 4 (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso & Rocha, 2007). Apresenta bons valores de consistência interna (Tabachnick, 2007 cit in Castanheira et al, 2007), nomeadamente, as características metrológicas dos resultados obtidos nos trabalhos de adaptação à população portuguesa apontam um valor de *Alfa de Cronbach* de .94 para a escala total (Castanheira et al, 2007).

Análise de Dados

Após a recolha e processamento de todos os dados essenciais será realizado o tratamento e análise dos mesmos, de modo a confirmar ou não as hipóteses levantadas.

Esta análise de dados será realizada através de um programa informático de estatística, *SPSS (Statistical Package for The Social Science)*, versão *PAWS*, versão *18*, release *18.0.0 (july,30,2009)*, Copyright 1993-2007 Polar Engincering and Consulting.

Bibliografia

- Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 339-345.
- Badenhorst, W., Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss, *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 249-259.
- Bolze, S., & Castoldi, L. (2005). O acompanhamento familiar antes e depois da morte da criança: uma proposta de intervenção para o psicólogo hospitalar. *Aletheia*, 79-91.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J.C. (2007). Impact of Event Scale-Revised (IES-R): Portuguese Validation, *European Congress of Traumatic Stress, Opatija, Croacia*, 5-9 June.
- Comin, F., & Santos, M. (outubro/dezembro de 2009). Casar e ser feliz: mapeando a mensuração da Satisfação Conjugal. *Psico*, pp. 430-437.
- Corbet-Owen, C. (2003). Women's perceptions of partner support in the context of pregnancy loss(es). *South African Journal of Psychology*, 33(1), 19-27.
- Engelhard, M., Hout, M., & Arntz, A., (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss, *General Hospital Psychiatry, Elsevier*, 23, 62-66.
- Franché, L.(2001). Psychological and Obstetric Predictors of Couples Grief During Pregnancy After Miscarriage or Perinatal Death, *Obstetrics & Gynecology*, 97(4), 597-602.
- Franché, R. & Mikail, S.(1999). The impact of Perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy, *Social Science & Medicine*, pp.1613-1623.
- Gomez, R., & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão Portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica*, 4 (XXVI), pp. 625-638.
- Hutti, M. (2005). Social and Professional Support Needs of Families after Perinatal Loss, *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2005 Sep-Oct;34(5):630-8.34(5), 630-638.

- Kimble, D. (1991). Neonatal death: A descriptive study of fathers' experiences. *Neonatal Network*, 9, 45 - 50.
- Melo, R. (2004). Processo de luto, o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte.
- Moura, C. (2006). Uma avaliação da vivência do luto conforme o modo de morte. Programas de Pós-graduação da CAPES .
- Murphy, F. (1998). The experience of early miscarriage from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 325 - 332.
- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de psicologia* , 575-584.
- O' Leary, J. and Thorwick, C.(2005). Fathers' Perspectives During Pregnancy, Postperinatal Loss, *JOGNN*, 35(1), 78-86
- Rocha, J. (2004). Fatores Psicológicos da Mulher face à Interrupção Médica da Gravidez. *Tese de Doutorado não publicada, Porto: ICBAS.*
- Swanson, K. M. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, 65, 902-910.
- Speckhard, A. (1997). Traumatic death in pregnancy: The significance of meaning and attachment. *Death and trauma and the traumatology of grieving* , 67 - 98.
- Vaz, F., Vasco, A., Greenberg, L., & Vaz, J. (4 a 6 de fevereiro de 2010). Avaliação dos processos emocionais dos pacientes em psicoterapia. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho* , pp. 697-708.
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). The impact of event scale-revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds). *Assessing psychological trauma and PTSD*. New-York: Guildford.

**ANEXO IV - RESUMO SUBMETIDO PARA O 12 TH EUROPEAN CONFERENCE ON TRAUMATIC STRESS
VIENNA, 2-5 JUNE 2011**

Title: Traumatic symptoms and emotion regulation as predictors of marital adjustment after Perinatal loss

Topic: Perinatal Grief

Key Words: Perinatal loss, Marital adjustment, Traumatic stress, Emotion Regulation

Pres. Pref.: Poster only

Authors: Corrêa, F. S., Rocha, J.C.

UnIPSa; Centro de Investigação em Ciências da Saúde (CICS), Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte, CESPU. Rua Central de Gandra, 1317. 4585-116 Gandra PRD, Portugal

The perinatal loss corresponds to the fetal death occurred in the last weeks of pregnancy or the newborn in the first weeks after delivery. It is a paradoxical situation and difficult to accept, as the baby is born and dies unexpectedly. In these situations, the stress engendered to couples is intense and important concerning grief coping process and emotion regulation.

The purpose of this research is to investigate which factors predict marital adjustment of perinatally bereaved parents. The study is transversal and multi-centric, using the Dyadic Adjustment Scale (DAS), the Scale of Emotion Regulation Difficulties (EDRE), Impact of Events Scale - Revised (IES-R) and the Perinatal Grief Scale (PGS). We used a multiple linear regression, in order to determine which factors predict marital adjustment.

Because perinatal loss can strain the relationship between parents. Both parents may describe higher levels of marital dissatisfaction than expected. There is evidence that perinatal loss may be associated with poorer psychological outcome, particularly with PTSD symptoms (>25%). Longer-term sequelae of perinatal bereavement in the family may include parental discord and separation, possibly related to PTSD.

Traumatic effects of perinatal bereavement on couples and its relation with emotion regulation are discussed envisaging a better evaluation and intervention.



12th European Conference on Traumatic Stress

Psychotraumatology and Human Rights

Vienna, Austria, 2-5 June 2011

Certificate of Attendance

This is to certify that **Flávia Sofia CORRÊA** attended the 12th European Conference on Traumatic Stress 2011 held in Vienna, Austria, from 2nd to 5th June 2011. Full details of his/her contribution to the conference program are available on the program website:

<http://www.eurojnlofpsychotraumatol.net/index.php/ejpt/issue/current>

Ass.-Prof. Dr. Brigitte Lueger-Schuster
Chair of the Organization Committee / President elect of ESTSS

**ANEXO V - POSTER APRESENTADO NA 12 TH EUROPEAN CONFERENCE ON TRAUMATIC STRESS
VIENNA, 2-5 JUNE 2011**

TRAUMATIC SYMPTOMS AND EMOTION REGULATION AS PREDICTORS OF MARITAL ADJUSTMENT AFTER PERINATAL LOSS

F. S. CORRÊA & J.C. ROCHA

UNIPSA - CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (CICIS), INSTITUTO SUPLENTE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - NOTIS, CESPU - RUA CRISTÓBAL DE GÓMEZ, 1317 - 4585-110 GANDEIA PFD, PORTUGAL

INTRODUCTION

The death of a child is considered an unexpected event that does not follow the natural order of life transitions, which has broad effects on parents, their relationship with partner, family and social environment (Viorst, 1988, cit in Bolze, Castoldi, 2005).

Perinatal loss, fetal or newborn in first 28 days after birth death (Armstrong, 2002), after a pregnancy with attributed future hopes and dreams (Kimble, 1991, Murphy, 1998) also stretches partner relationship (Speckhard, 1997) can be as devastating for men as for women (O’Leary, Thorwick, 2005). It is a paradoxical and difficult event and difficult to accept, as the baby is born and dies unexpectedly.

Some women develop psychiatric morbidity, complicated grief, depression (30 to 50%). May also have traumatic stress symptoms, 10% women, 2.5 months after loss (Engelhard, 2001; O’Leary, Thorwick, 2005).

Even in emotionally stable couples, this loss can generate dysynchrony in their experience of pain and mourning due to gender discrepancies on emotional processing (Franche, 2001).

Fathers and mothers can describe higher levels of marital dissatisfaction, more than expected, and there is an increase on separation/divorce rates (Badenhorst & Hughes 2007). Mutual dependence feelings are also common as consequence of perinatal loss, especially if parents did not had previous experience of grief reactions (Badenhorst, 2007).

According to Swanson (2003), one year after perinatal loss, 32% of couples reported higher affective distance (Hutti, 2005). Women reporting an increased in the distance appraise the loss as a significant and devastating event, being more predisposed to isolation, avoiding sexual intercourse, which may also lead to increase tension in the relationship (Hutti, 2005). Mothers experience of perinatal grief may be much difficult if there is lack of support from their partners due to guilt feelings, devaluation of the father/partner role and difficulties for men to provide emotional support when in high stress (Corbet-Owen, 2003).

METHOD

Objective

To research which emotional regulation factors predict marital adjustment of perinatally bereaved parents.

Instruments

The study is transversal and multi-centric, using the Dyadic Adjustment Scale, DAS, (Spanier, 1976, adapte by Gomez & Leal, 2008), the Emotion Regulation Difficulties Scale, ERDS (Grotz & Roemer, 2004; adapted by Machado-Vaz et al, 2010), Impact of Events Scale - Revised, IES-R (Castanheira, Vieira, Glória, Afonso & Rocha, 2007) and the Perinatal Grief Scale, PGS (Toedter & Lasker, 1988, adapted by Rocha, 2005).

Sample

Table 1: Sample Socio-Demographic characteristics

Characteristics	n	%	M	SD
Gender				
Female	13	72,2		
Male	5	27,8		
			34,72	6,85
Age				
Marital Status				
Single	2	11,1		
Married	11	61,1		
Divorced	3	16,7		
Cohabiting	2	11,1		

Stillbirth: n = 11 (61.1%), with an average of 29 weeks and a standard deviation of 2.57

Postnatal losses: n = 7 (38.9%), with an average of 12.57 days after delivery and a standard deviation of 11.41.

Time occurred after loss: Average time between loss and this assessment of 24.056 months, with 28.86 of standard deviation (minimum of 2 months, maximum 96 months).

Number of living children: Regarding the number of children, there are six participants (33.3%) without living children, seven (39.8%) with a child, 3 (16.7%) with two children, and finally two (11.1%) with three living children.

RESULTS

94.4% of the sample have values of IES-R >34, compatible with PTSD diagnosis.

Table 2: Intercorrelations between DAS sub-scales and ERDS sub-scales (r Pearson)

	ERDS Strategies	ERDS Nonacceptance	ERDS Awareness	ERDS Impulse	ERDS Goals	ERDS Clarity
DAS Consensus*	,594**	,464	-,426	,516*	,564*	,628**
DAS Dyadic Satisfaction	,538*	,422	-,392	,467	,421	,507*
DAS Dyadic Cohesion	-,307	-,223	,202	-,058	-,225	-,278
DAS Affectional Expression	,589*	,458	-,169	,434	,440	,570*
DAS Total	,630**	,522*	-,395	,581*	,554*	,654**

*p<.05; **p<.01; *Consensus on matters of importance to marital functioning

Table 3: ER clarity Predictive Model on DAS

Variable	DAS Total		
	B	SEB	β
ER Clarity	22,515	6,519	,654
Adjusted R ²		,391	

CONCLUSION

The results stresses the traumatic effects of perinatal losses, which should be addressed on healthcare services assessment and intervention.

Emotional regulation difficulties are positively correlated with couples adjustment after this traumatic event, specifically, Limit access to emotional regulation Strategies, Nonacceptance of emotional responses, Impulse control difficulties, Difficulties engaging goal– direct behavior, Lack of emotional clarity. Lack of emotional awareness has a negative non-significant but interesting correlation with couples adjustment. However, on linear multiple regression, Lack of emotional clarity is the most predictive aspect for couples adjustment. It predicts 39.1% of DAS value.

Further research with more participants will enable to use other statistical methods to clarify moderation and mediation effects.

New interventions with couples after perinatal loss can focus on emotion clarity aspects of couples communication, envisaging better adjustment.

REFERENCES

Armstrong, D. S. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after a perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*, 34, 339-345.

Badenhorst, W., Hughes, R. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 249-259.

Bolze, S., & Castoldi, L. (2005). O acompanhamento familiar antes e depois da morte da criança: uma proposta de intervenção para o psicólogo hospitalar. *Alêxia*, 79-91.

Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J.C. (2007). Impact of Event Scale-Revised (IES-R): Portuguese Validation. *European Congress of Traumatology: Stress, Opatija, Croatia*, 5-9 June.

Corbet-Owen, C. (2003). Women's perceptions of partner support in the context of pregnancy loss(es). *South African Journal of Psychology*, 33(1), 19-27.

Engelhard, M., Hout, M., & Amz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *General Hospital Psychiatry*, Elsevier, 23, 62-66.

Franche, J. (2001). Psychological and Obstetric Predictors of Couples Grief During Pregnancy After Miscarriage or Perinatal Death. *Obstetrics & Gynecology*, 97(4), 597-602.

Gomez, R., & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão Portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica*, 4 (2008), pp. 625-638.

Hutti, M. (2005). Social and Professional Support Needs of Families After Perinatal Loss. 34(5), 630-638.

Kimble, D. (1991). Neonatal death: A descriptive study of fathers' experiences. *Neonatal Network*, 9, 45- 50.

Murphy, F. (1998). The experience of early miscarriage from a male perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 325 - 332.

O'Leary, J. and Thorwick, C. (2005). Fathers' Perspectives During Pregnancy, Postperinatal Loss. *JOGNN*, 35(1), 78-86.

Rocha, J. (2004). *Fatores Psicológicos da Mulher face à Internação Médica de Gravidez*. Tese de Doutoramento não publicada, Porto: ICBAS.

Swanson, K. M. (2003). Miscarriage effects on couples' interpersonal and sexual relationships during the first year after loss: Women's perceptions. *Psychosomatic Medicine*, 65, 902-910.

Speckhard, A. (1997). Traumatic death in pregnancy: The significance of meaning and attachment. *Death and trauma and the traumatology of grieving*, 67 - 98.

Vaz, F., Vasco, A., Greenberg, L., & Vaz, I. (4 a 6 de Fevereiro de 2010). Avaliação dos processos emocionais dos pacientes em psicoterapia. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, Universidade do Minho*, pp. 697-708.

ANEXO VI - RELATÓRIO FCT

PROGRAMA FUNDO DE APOIO À COMUNIDADE CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

5. PARTICIPAÇÃO EM REUNIÕES CIENTÍFICAS NO ESTRANGEIRO DE ESTUDANTES DE PÓS-GRADUAÇÃO OU INVESTIGADORES PÓS- DOUTORADOS RESIDENTES EM PORTUGAL

Processo

Ano Tipo nº Proc

Nome do Candidato: Flávia Sofia Corrêa Pinheiro

- Introdução

A participação nesta atividade tinha três objetivos claros:

- a. Estabelecimento de contactos com vista ao alargamento do estudo, bem como conhecer as investigações que estão a ser desenvolvidas na área do luto perinatal.
- b. Tomar conhecimento de novos instrumentos
- c. Apresentação e divulgação através de poster, da investigação.

Foram realizados alguns contactos, com investigadores de outros países, com os quais foi possível adquirir informações sobre a área do luto perinatal, assim como informações sobre estudos e programas que estão a ser realizados atualmente.

Durante a apresentação, surgiu possibilidade da colaboração com uma instituição britânica, desta apresentação resultou também um elevado interesse por parte de outros investigadores, principalmente pela utilização de Regulação emocional, dado que é uma área que está a ser muito estudada e encontra-se bastante avançada em Portugal.

A apresentação em Poster teve como título “ Traumatic Symptoms and Emotion Regulation as Predictors of Marital Adjustment after Perinatal Loss” esta apresentação realizou-se nas arcadas da Universidade de Viena (“Arkadenhof”) no dia 4 de junho, entre as 14:30-15:45., através do fornecimento de email, os contactos com outros investigadores poderão ainda ser mais relevantes, uma vez que esta apresentação despertou interesse, visto ser uma área pouco estudada e com elevado impacto na vida dos jovens casais.

A assistência à apresentação foi elevada, decorreu numa atmosfera agradável, em que o momento foi encarado como propício ao estabelecimento de novos contactos para investigações futuras. Também foi possível tomar conhecimento de estudos em outras áreas que utilizam conceitos e instrumentos idênticos, podendo assim delinear outras linhas de pensamento. Foi anunciado o apoio dado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

O Resumo do poster foi publicado no “European Journal of Psycho-Traumatology” (<http://www.eurojnlofpsychotraumatol.net/index.php/ejpt/issue/current>).

- Execução Financeira

Despesas	
Descrição	Montante
Viagem e estadia em Viena	588.00
Inscrição	100.00
Total	688.00

- Conclusões

Este evento teve uma elevada participação de investigadores de toda a Europa, sendo este um dos maiores congressos europeus, partilhando experiências, investigações, programas que são realizados na área do luto e Stress Pós-traumático, na Europa e outras partes do Mundo. Deste convívio, resultou ainda por parte da investigadora Barbara Preitler, um convite para integrar uma equipa de voluntários no Sri Lanka, com o intuito de apoiar famílias com Perturbação de Pós-Stress Traumático.

A qualidade da organização foi positiva e potenciou o convívio com os demais

ANEXO VII - ARTIGO

STRESS TRAUMÁTICO E REGULAÇÃO EMOCIONAL COMO PREDITORES DE AJUSTAMENTO CONJUGAL APÓS PERDA PERINATAL

Stress traumático e regulação emocional como preditores de ajustamento conjugal após perda perinatal

Flávia S. Corrêa, José Carlos F. Rocha

UniPSa-CICS, ISCS-N, CESPU, Portugal

Resumo

A morte de um bebé, é um acontecimento traumático, o qual pode estar na origem de problemas de saúde mental. A idiosincrasia presente na perceção da perda, pode levar a um desajustamento conjugal.

O objetivo é descrever a prevalência de sintomatologia traumática e de dificuldades de regulação emocional bem como a sua relação com o ajustamento conjugal em pais que passaram pela morte do seu bebé. A amostra foi constituída por 28 pais que perderam bebés. Os participantes foram avaliados com as versões portuguesas da Impact Event Scale- Revised (IES-R), Difficulties in Emotional Regulation Scale (EDRE), Perinatal Grief Scale (PGS) e Dyadic Adjustment Scale (DAS).

Verificamos que 64,3% dos participantes, encontram-se num relacionamento conjugal desajustado. A prevalência de PTSD (IES-R ≥ 35) é 92,9%. Verificamos que relativamente aos resultados de luto perinatal, e dificuldades de regulação emocional, estão em consonância com outros estudos.

Observamos correlações significativas entre a DAS e a EDRE(-,574), dimensão Embotamento (,435) do IES-R, com a dimensão satisfação conjugal da DAS, e ainda entre a dimensão luto ativo(PGS) (-, 418) e DAS. Verificamos também que existem correlações entre as dimensões da DAS e as dimensões de EDRE. Existem também correlações entre a PGS e a EDRE.

Com a regressão linear, verificamos o impacto elevado das dificuldades de regulação emocional na predição do ajustamento conjugal ($R^2 = .358$).

Com estes resultados podemos verificar a elevada prevalência de sintomatologia traumática, de luto perinatal, de dificuldades de regulação emocional, e a importância das dificuldades de regulação emocional no decréscimo do ajustamento conjugal

Luto perinatal, relação conjugal e sintomatologia traumática em pais que perderam bebês

As perdas perinatais são, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), aquelas que ocorrem no período que começa na 22ª semana de gestação e termina 7 dias completos após o nascimento, englobando quer as mortes fetais (in útero), quer as mortes neonatais (World Health Organization, 2006, cit in Fonseca et al, 2010)

As perdas perinatais afetam em média 30% das gestações (aborto terapêutico, abortos, síndrome da morte súbita infantil, morte fetal) (Rousseau, 1998, cit in Gaudet, Séjourné, Combarieux, Rogers, & Chabrol, 2010)

Todos estes pais entram em luto, como processo normal, contudo este pode tornar-se patológico e acarretar sequelas para toda a vida.

Algumas pessoas sofrem intensamente por um tempo curto, alguns entristecer moderadamente por períodos mais longos, e ainda outros são rápidos para resolver sua dor (Adolfsson, & Larsson, 2010), estas formas idiossincráticas de ser, advêm do facto de percebermos as emoções de forma diferente.

As emoções podem ser definidas como resposta individual subjetiva, a um estímulo interno ou externo do organismo, que passam por mudanças fisiológicas, experiências e comportamentais (Sroufe, 1996). Porém, estas respostas emocionais tanto podem ser saudáveis como podem ser prejudiciais ao indivíduos, isto pode acontecer quando as emoções tem um nível de intensidade desadequado ou quando ocorrem em tempo errado (Gross, 2007). Encontramo-nos perante um sistema de regulação emocional, é um conceito recente, considerando que se verifica um estudo nesta áreas à apenas três décadas (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010).

A regulação emocional pode ser definida como,

“um processo pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções” (Gross, 1998, p-275).

Este conceito tem-se tornado popular na literatura psicológica (Denis, Martin, & Pamela, 2004), este interesse é consequência do facto de que um défice na capacidade de regulação emocional estar relacionado com o desenvolvimento de várias perturbações psicológicas (Coutinho et al, 2010).

Este défice em regular as respostas emocionais, é então uma resposta emocional que foi atribuída pelo indivíduo de forma desadaptada a uma determinada situação, isto é, dificuldades de regulação emocional (Dodge & Garber, 1991)

Se estas dificuldades em responder de forma regulada as emoções, se mantiverem de forma permanente podem levar ao desenvolvimento de perturbações psicopatológicas, pois elevados níveis de emocionalidade negativa estão altamente associados com diferentes tipos de psicopatologia, portanto eles constituem um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbação psicológica (Coutinho et al, 2010).

O sentimento de perda traz consigo emoções intensas, podendo estas ser ou não duradouras, mas são emoções que estão interligadas com a perda de alguém significativo, e necessárias para o processo emocional, uma vez que ao confrontarem-se com a realidade da perda não vão facilitar a sua adaptação (Boelen, Bount, & Hout, 2003). Deste modo, a regulação emocional tem um papel benéfico na adaptação a perda (Bonanno, 2001).

Contudo, quando falamos de a morte de um filho, estaremos a falar de um evento traumático (Bonanno & Keltner, 1997),o que pode acontecer nestes casos é que, os indivíduos atribuem mais facilmente significados negativos ás suas emoções, evitando os estímulos advindos da própria perda, e com isto desenvolvem estratégias desadaptativas, como evitamento, ruminação e supressão (Boelen, et al, 2003)

O luto por Ferreira et al (1990) é definido como “um processo que envolve sofrimento somático, preocupação com a imagem do objeto perdido, sentimentos de culpa e preocupação com pequenas omissões e negligências, hostilidade ao meio circundante e alterações profundas nos padrões normais de procedimento”. Todo este quadro sintomatológico pode aparecer logo após a perda ou estar aparentemente camuflado. (Fátia, A. , 2008).

Infelizmente alguns pais passam pela morte dos seus bebés, sendo estas uma das mais difíceis de superar, é uma ocorrência mais comum do que se possa pensar, apesar dos avanços na assistência obstétrica e tecnologia neonatal (Condon, 2010).

Alguns autores como Janoff-Bulman, 1992; Leon, 1990; Weiss, 2000, definem a perda perinatal como o mais angustiante evento psicológico que os pais enfrentam, deixando-os sentir vulneráveis, inseguros e desprotegidos (O'Leary, 2005).

Há um grande número de fatores que potencialmente complicam o processo de luto após perda perinatal (Condon, 2010), independentemente das circunstâncias em que a gravidez terminou, há uma perda pré-natal emocional (Gaudet, et al 2010).

As pontuações elevadas encontradas para a sintomatologia traumática e o luto perinatal corroboraram o importante impacto psicológico da perda em homens e mulheres (Serrano & Lima, 2006).

A ocorrência de uma perda perinatal para Bennet, Litz, Lee e Maguen, 2005 tem um impacto significativo e duradouro (Fonseca et al, 2010), nas famílias que a experienciam. Esse impacto é visível a nível individual, nas manifestações de sintomatologia ansiosa e depressiva (Bennett *et al.*, 2005) e na diminuição da qualidade de vida física e psicológica, mas também na deterioração da relação conjugal (Glaser, *et al.*, 2007; Fonseca, 2008; cit in Fonseca, 2010).

As consequências da dor não são as mesmas para homens e mulheres: para as mulheres a dor está relacionada a uma pior avaliação da comunicação do casal, enquanto que para homens é associado a um menor avaliação da vida sexual do casal (Serrano & Lima, 2006).

Tem sido sugerido que os problemas podem surgir quando luto é incongruente entre os parceiros; ou seja, um parceiro é menos afetado pela morte, ou, pelo menos, é percebido como tal (Buchi et al, 2009).

O parceiro que é mais afetado pela perda (normalmente a mãe), atribui a resposta do outro parceiro, como indicando indiferença, o que agrava a sua angústia, enquanto o parceiro menos afetado torna-se cada vez mais frustrados ou com raiva (Buchi et al, 2009).

Os homens sentem muitas vezes que tem quer ser mais fortes emocionalmente do que a sua parceira não dando a reconhecer os seus sentimentos de perda (Reid, 2007), sendo que as reações ao luto tendem a ser menos intensas em pais do que em mães (Badenhorst, Riches, Turton, & Hughes, 2006).

A relação conjugal, é portanto afetada pois criando-se muitas vezes uma tensão, pois os pais podem encontrar-se em momentos e formas diferentes do luto, deixando o casal sentir-se sem suporte ou alienado (Montigny, Beaudet, & Dumas, 1999; Samuelsson, Rådestad, & Segesten, 2001, cit in Bennett S., et al 2008).

Najman e colegas, descobriram que no período perinatal pais em luto demonstram insatisfação conjugal mais do que os pais de controle (Badenhorst, et al , 2006).

Toedter, Lasker & Alhadeff (1988) encontraram uma correlação negativa entre a dor das mulheres após um aborto e a qualidade do ajustamento conjugal (Serrano, & Lima, 2006).

Gilbert em 1989, afirmou que as pessoas relataram, "sobrecarregadas" a tentar confortar a sua esposa enquanto estes estão também em sofrimento, o que os leva a duvidar de sua própria capacidade de ser um parceiros compassivo e útil.

Num estudo com 57 mulheres que sofreram perdas perinatais, Klock et al. (1997) encontraram uma alta incidência de ajustamento conjugal diminuído (53%), sendo que 11% das mulheres relataram discórdia conjugal grave.

Swanson (2003) explorou o efeito da perda em casais a partir da perspectiva de 185 mulheres durante o primeiro ano após a perda. Um ano após a perda, 32% referiram que o relacionamento interpessoal foi mais distante, e 39% deles relataram a relação sexual foi mais distante. Distância em ambos os tipos de relações foi associada a um aumento de perturbações emocionais, incluindo estado deprimido, ansioso, confuso e temperamental (Hutti, 2005).

A percepção da mulher acerca do apoio do marido/companheiro, foi avaliado num estudo qualitativo com oito mulheres por Owen Corbet em 2003 (Hutti, 2005). Owen descortinou que pode ser difícil para os homens dar apoio emocional em momentos de alto stress, quando eles também estão em crise. Embora os pais (homens) tenham as melhores intenções de apoio, eles tendem a fazê-lo de modo instrumental ao invés de dar apoio emocional (Hutti, 2005).

Verifica-se que Homens podem tirar proveito das discussões sobre o impacto da perda e a gravidez subsequente na vida conjugal. Em casais emocionalmente estáveis, um aborto espontâneo ou morte perinatal pode trazer, por vezes, uma experiência de

dessincronia na sua experiência de dor e angústia, devido a uma maior discrepância. A normalização da dessincronização ocasional passa pelo incentivo à livre comunicação. Um estudo recente sugeriu que após uma perda na gravidez, existe uma maior dependência mútua, a qual é benéfica nestes casos (Franché, 2001).

Apesar da crescente consciência das repercussões de perda perinatal, pouco se sabe sobre seu impacto no ajustamento dos casais (Franché & Mikail, 1999, cit in Armstrong, 2002)

É igualmente frequente ocorrer uma manifestação de agressividade para com o pai do bebé, contra o médico que fez a assistiu ou contra si própria. A frigidez ou outras perturbações sexuais poderão ser também formas de manifestar esta vivência, desenvolvendo relações de promiscuidade extrema e sem estabilidade/afetividade; dificuldades nas relações familiares ou até mesmo rutura frequente das amizades; sentimentos de culpa, de auto-condenação; perda da auto estima e várias formas de agressão a si própria tais como: abuso de medicamentos, álcool ou drogas, chegando mesmo a passar por pensamentos e tentativas de suicídio (Canavarro, 2005, cit in Rodrigues, 2009).

Num estudo de Nichol, Tompkins, Campbell & Syme em 1986, a morbilidade psiquiátrica varia de 13 a 34% , para Rousseau & Fierens em 1994, 25% das mulheres relatam um estado de luto patológico (Gaudet, et al 2010).

Boxer (1996) mostrou que a perda perinatal pode levar à perda da aceitação imagem corporal, diminuição da libido, que por sua vez pode afetar o relacionamento do funcionamento sexual dos casais (Serrano & Lima, 2006).

A perda perinatal, pode ser devastadora e traumatizante para os pais, o luto coloca em risco a saúde mental, particularmente os sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PTSD), depressão, ansiedade e luto complicado (Hughes, Turton, Hopper, & Evans, 2002).

A perturbação de stress pós-traumático (PTSD) é uma condição psicológica resultante da exposição a um evento traumático ou psicologicamente angustiante (Bailham & Joseph, 2003; Creed, Shochert, & Horsfall, 2000, cit in O'Leary, 2005)

Pais e mães enlutadas demonstraram significativamente níveis mais altos de depressão, sendo este mais duradouro em mães até aos 30 meses após a morte (Bayle, Vance, Najman e Thearle, 1996. Vance e Najman, 1995 cit in Cacciatore J., 2010).

Rådestad et al. (1996) constatou que três anos após o natimorto, as mães enlutadas tinham o dobro da probabilidade de experimentar ansiedade quando comparadas com as mães de bebés nascidos vivos.

A maioria das investigações aponta para vários sintomas associada à IEG, as reações emocionais surgem de forma imprevista e desproporcionadas. Os sintomas incluem: entorpecimento dos sentimentos; reações de autómato associadas a um profundo sentimento de vazio, de solidão, e a sensação de ter o corpo interiormente destruído (Rodrigues, 2009).

Blake, sugeriu que a PTSD causada pelo luto perinatal, é uma perturbação semelhante ao stress pós-traumático experimentado por veteranos da Guerra do Vietname (cit in Gold-Beck-Wood, 1996)

Turton et al. (2001) estimaram que o risco de PTSD após perda perinatal foi de 29%

Um estudo constatou que 2,5 meses após a perda da gravidez, 10% das mulheres, preenchem sintomas necessários para o diagnóstico de PTSD (Engelhard et al, 2001). Em 6 meses, o número de mulheres com sintomas de PTSD, diminui para 5% e em 12 meses para 4%. No entanto, aquando da avaliação realizada neste estudo, e devido ao tempo que já tinha passado após a perda, muitos dos sintomas podem ter dissipado (Engelhard et al, 2001)

No entanto, após um período inicial de angústia, choque, e luto, a maioria dos indivíduos ou casais que experimentam uma perda perinatal, ajustam-se de forma saudável (Leon, 2001), contudo alguns estudos sugerem que 15% -25% das mulheres que experimentam perda perinatal têm problemas de adaptação permanente (Hughes et al, 2002;. Klier, Geller, & Neugebauer, 2000; Swanson,, 1999, ci in Bennett, et al 2008).

Método

Amostra

A amostra final foi constituída por 28 participantes, esta recolha foi efetuada entre abril e agosto de 2011. A distribuição da amostra relativamente ao sexo é dispar, 32,1% é do sexo masculino e 67,9% pertence ao sexo feminino. A extensão de idades da amostra vai desde os 22 até aos 47 anos, apresentando uma média de idades de 34,04 anos ($sd=6,0$). Relativamente ao estado civil, 2 participantes são solteiros (7,1%), 18 são casados (64,3%), 3 são divorciados (10,7%) e por fim 5 vivem em união de facto (17,9%). Quanto as habilitações, estas variam entre o 2ºciclo e o mestrado, dois dos participantes possuem o 2ºciclo (7,1%), 1 com o 3ºciclo (3,6%), 5 com o nível secundário (17,9%), com licenciatura 17 participantes (60,7%) e 3 possuem o mestrado (10,7%) (ver tabela 1)

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica da amostra ($N=28$)

Características						
	N	%	Max	Min	M	Sd
	28					
Sexo						
Masculino	9	32,1				
Feminino	19	67,9				
Idade			47	22	34,057	6,00
Estado civil						
Solteiro	2	7,1				
Casado	18	64,3				
Divorciado	3	10,7				
União de facto	5	17,9				
Habilitações literárias						
2ºciclo	2	7,1				
3ºciclo	1	3,6				
Secundário	5	17,9				
Licenciatura	17	60,7				
Mestrado	3	10,7				

Quanto à existência de filhos vivos, observamos que 16 dos indivíduos tem filhos (57,14%), as idades dos filhos, correspondem ao intervalo entre os 2 e os 20 anos, variando relativamente ao número de filhos, existem 11 indivíduos com pelos menos um filho (68,75 %), com dois filhos há 3 participantes (18,75%), e com 3 filhos 2 participantes (12,5%) (ver tabela 2).

Quanto ao sexo do bebé falecido, 15 são do sexo feminino (53,6%) e 13 do sexo masculino (46,4%). Relativamente ao tempo que ocorreu desde a morte do bebé, varia no intervalo entre os 11 dias e os 96 meses. O motivo aparente da morte do bebe, varia entre anoxia, asfixia, problemas cardíacos, problemas respiratórios, malformações, partos distócicos, prematuridade e morte súbita do lactente. Face às frequências de causas aparentes de morte, verifica-se que existe um maior número de mortes devido a mortes não explicadas cerca de 28,6%, problemas cardíacos (17,9%), prematuridade (14,3%), asfixia (10,7%) e problemas respiratórios (10,7%) e outras.... A idade do bebé aquando da sua morte, foi sub-divida em dois grupos referentes à morte ocorrida antes e depois do nascimento sendo eles a idade gestacional em semanas (64,3%, $M=28,500$, $sd=3,034$) e a idade pos-natal em dias (35,7%, $M=10,436$, $sd=9,700$) (ver tabela 2). Cerca de 82,1% dos pais não vivenciou outras perdas, e 17,9% vivenciou outras perdas, as perdas variam entre avós, tia, aborto espontâneo e filho (ver tabela 2).

Tabela 2- Caracterização sociodemográfica da população

Características						
	N	%	Max	Min	M	Sd
Indivíduos com filhos vivos	16	57,143	3	1	1,3475	,727
Idades dos filhos						
com 1 filho	11	68,75	20,00	3,00	7,4375	5,329
Com 2 filhos	3	18,75	18,00	2,00	10,00	7,48
Com 3 filhos	2	12,5	11,00	11,00	11,00	,00
Sexo do bebé falecido						
Masculino	13	46,4				
Feminino	15	53,6				
Tempo passado após a perda (meses)			96,00	,30	21,44	25,97
Idade gestacional (semanas)	18	64,286	34,00	24,00	28,500	3,034
Idade pós-natal (dias)	10	35,714	30,00	1,00	9,700	10,436

Instrumentos

Tendo em conta os objetivos deste estudo construímos um protocolo de avaliação, sendo este dividido em cinco partes: características sócio-demográficas, ajustamento conjugal, dificuldades de regulação emocional e luto perinatal.

Na primeira parte incluímos as características sócio-demográficas como Sexo, idade, estado civil, habilitações, profissão. Incluímos ainda questões mais pertinentes para este estudo, sendo elas, o número de filhos vivos e idade dos mesmos, o tempo a que a perda ocorreu, o sexo do bebé, o motivo da morte e idade do bebé, e por fim uma questão direcionada para outras perdas vivenciadas.

A escala de ajustamento diádico (dyadic adjustment scale, Spanier, 1976), validada para a população portuguesa em 2008, por Isabel Leal e Rita Gomez. É uma medida de avaliação da relação conjugal, constituída por 32 itens, dos quais trinta são cotados numa escala tipo-Likert de 0 a 5, e dois são cotados de 0 -7 opções de resposta e dois são respondidos ‘sim’ ou ‘não’; a maioria dos itens tem seis opções de resposta, que são cotadas de 0 a 5 e variam entre ‘sempre em desacordo’ a ‘sempre em acordo’ ou desde ‘sempre’ a ‘nunca’ (Gomez & Leal, 2008). Esta escala mede as seguintes dimensões (Gomez & Leal, 2008): (a) consenso diádico - está direcionado para a avaliação da perceção individual do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas da relação; (b) satisfação diádica- procura medir as perceções individuais das questões relativas a discussão do divórcio, a saída de casa após briga, ao arrependimento com o casamento, as brigas, a implicância mútua, ao estar bem, a confiança no cônjuge, o beijo no cônjuge, ao grau de felicidade e ao compromisso com o futuro do relacionamento; (c) coesão diádica- mede examina o senso de compartilhamento emocional do casal; por último, (d) a expressão Diádica de afeto- mede a perceção da concordância dos membros do casal sobre as demonstrações de afeto, as relações sexuais, a falta de amor e as recusas ao sexo. O resultado total da escala varia de 0 a 151 e é obtido pela soma total dos resultados das quatro subescalas (Gomez & Leal, 2008). Os indivíduos que obtiverem resultados iguais ou inferiores a 100 devem ser classificados como na vivência de um relacionamento de sofrimento ou desajustado (Gomez & Leal, 2008). Os estudos de validação revelam que o instrumento apresenta qualidades psicometricas, apresentando um alfa de Cronbach (α) de 0,897 para escala global e 0.849, 0.827, 0.720 e 0.655 para as subescalas de Consenso, Satisfação, Coesão e Expressão respetivamente.

Na avaliação das dificuldades de regulação emocional foi utilizada a Escala de dificuldades de regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004), é uma medida de auto-relato que avalia as dificuldades de regulação emocional. O Questionário de Avaliação das Dificuldades de Regulação Emocional é constituído por 36 itens, aos quais os indivíduos devem responder com base numa escala de Likert de 1-5 valores (Coutinho, et al, 2010), encontra-se sub-dividida em 6 dimensões que explicam 58,24% da variância total: (a) Não experiência da ativação emocional; (b) Dificuldade de compreensão da resposta emocional; (c) Não aceitação da resposta emocional; (d) Dificuldades no envolvimento em comportamentos para ação na ocorrência de emoções desadaptativas; (e) Dificuldades na compreensão da resposta emocional; (f) dificuldades de controlo de impulsos durante a ativação de emoções desadaptativas (Coutinho, et al, 2010). A escala apresenta um valor de α de Cronbach de 0,93.

A Escala de luto perinatal (Toedter, Lasker, & Alhadeff, 1988), traduzido e adaptado para português por Rocha, 2004. Esta escala apresenta um valor de α de Cronbach de 0,95. É uma escala de *Likert* constituída por 33 itens com 5 níveis de resposta, variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente). A estrutura deste instrumento contempla 3 subescalas na avaliação do luto perinatal: Desespero; Luto Ativo e Dificuldades de *Coping* (Toedter, Lasker, & Alhadeff, 1988).

A Escala de Impacto de Eventos Traumáticos - Revista (Weiss & Marmar, 1997), encontra-se adaptada para a população portuguesa por Castanheira, Vieira, Glória, Afonso e Rocha em 2007. Trata-se de uma escala de Likert constituída por 22 itens com cinco níveis de resposta, que variam entre 0 (nunca) e 4 (extremamente) (Weiss & Marmar, 1997). Desenvolvida de acordo com os critérios do DSM-IV para a PTSD, trata-se de uma medida de auto-relato que permite a identificação e avaliação de reações traumáticas em quatro subescalas: Evitamento, Intrusão e Hipervigilância, Embotamento capazes de avaliar sintomas como a irritabilidade, agressividade, entre outros (Weiss & Marmar, 1997). Apresenta bons valores de consistência interna, os trabalhos de adaptação à população portuguesa apontam um valor de *Alfa* de Cronbach de .94 para a escala total (Castanheira, et al, 2007)

Procedimento

A recolha da amostra foi efetuada *online* através do preenchimento de um questionário e através do preenchimento face-a-face.

Nos questionários online procedeu-se a criação de um endereço de email que o participante, numa primeira fase, usava para tirar todo o tipo de dúvidas que surgissem, bem como, clarificava quanto ao objeto de estudo e procurava garantir todas as questões de anonimato e confidencialidade. No caso dos questionários online, garantiu-se o consentimento informado (ver anexo), uma vez que se este não fosse aceite não se poderia continuar a responder ao questionário. Na recolha de papel, o mesmo aconteceu relativamente ao consentimento informado.

No preenchimento online a participação total foi de 18 elementos, enquanto em questionários em papel foi de 10 participantes.

Numa fase seguinte precedeu-se à codificação dos questionários, tendo sido os dados introduzidos numa matriz de um programa informático de estatística, *SPSS (Statistical Package for The Social Science)*, versão PAWS, versão 19, release 19.0.0 (2010), Copyright 1989-2010 Polar Engineering and Consulting.

Resultados

4.1 Estudos descritivos sobre o ajustamento no casal, pós-stress traumático, luto perinatal e dificuldades de regulação emocional

4.1.1 Ajustamento conjugal

Para a escala de ajustamento conjugal, foi utilizado o ponto de corte americano (Gomez & Leal, 2008) uma vez que ainda não existe um ponto de corte para a população portuguesa, assim os indivíduos que apresentem uma pontuação igual ou inferior a 100,

devem ser classificados como desajustados, e os que obtiverem 101 ou superior deverão ser classificados como ajustados

Verificou-se que 64,3% (n=18), apresentam-se como indivíduos desajustados na sua relação conjugal, e 35,7% (n=10) encontram-se num relacionamento ajustado (ver tabela 3)

Tabela 3- Características Descritivas relativas a Escala de Ajustamento Conjugal

	Escala de ajustamento conjugal				
	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>
DAS Total	28	37,00	133,00	84,46	26,69

4.1.2 Sintomatologia Traumática

Foi utilizado o ponto de corte sugerido pelos autores originais da escala (Weiss & Marmar, 1997; Castanheira et al, 2007), sendo este de ≥ 35 para a presença de perturbação de Pós-Stress Traumático.

Verificou-se que existe uma elevada percentagem de indivíduos com Pós-Stress traumático. Nesta amostra existe uma prevalência de 92,9% (n=26, M=56,50, sd=9,69), de Pós-Stress traumático, e para indivíduos sem Pós-Stress traumático uma percentagem 7,1% (n=2, M=28,50, sd=,707) (ver tabela 4).

Tabela 4 - Características descritivas relativas a Escala de Impacto de Eventos –Revista

	Escala de Impacto de Eventos – Revista				
	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>
IES-R Total	28	28,00	75,00	54,50	11,87
IES-R ≤ 34	2	28	29	28,50	,707
IES-R ≥ 35	26	39	75	56,50	9,69

4.1.3 Dificuldades de regulação emocional

De modo a averiguar se existem diferenças significativamente estatísticas, comparou-se a amostra (Amostra 1), com uma amostra de uma investigação realizada em 2010 por Ferreira (amostra de contraste), a amostra era constituída por 19 indivíduos, que passaram por uma morte de um filho.

Para tal, efetuou-se um teste t, e observa-se que para a EDRE total, existem diferenças estatisticamente significativas ($,000$) entre a média da Amostra 1 ($M= 95,64$; $sd= 28,39$) e a média da Amostra de contraste ($M= 129,05$; $sd=25,95$) (ver tabela 5)

Verificam-se também diferenças estatisticamente significativas em quatro dimensões da EDRE, nomeadamente: Clareza ($,000$), que na amostra 1 apresenta uma média= $2,23$ ($sd=,90$) e a amostra de contraste com $M= 3,63$ ($sd=,820$); dimensão Estratégias ($,007$), a qual na amostra 1 apresenta uma $M=2,97$ ($sd=1,10$), e para a amostra de contraste $M=3,57$ ($sd=,783$); dimensão Consciência ($,000$), a qual na amostra 1 apresenta uma $M= 2,56$ ($sd=,937$) e na amostra de contraste $M=4,33$ ($sd=,512$); e por fim a dimensão controlo ($,001$) na amostra 1 com uma $M=2,64$ ($sd=,935$) e na amostra de contraste com $M=3,27$ ($sd=1,08$) (ver tabela 5)

Tabela 5 - Testes comparativos relativos a Escala de dificuldades de Regulação Emocional, entre a amostra e a amostra de contraste

	EDRE				EDRE		<i>t</i> (27)	<i>P</i>
					Amostra de			
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>		
EDRE Total	38,0	141,00	95,64	28,39	129,05	25,95	-6,23	,000**
Clareza	1,00	4,20	2,23	,900	3,63	,820	-8,23	,000**
Objetivos	1,00	5,00	2,98	1,03	3,11	,977	-,635	,531
Estratégias	1,00	4,75	2,97	1,10	3,57	,783	-2,89	,007**
Não aceitação	1,00	4,83	2,43	1,06	2,82	1,28	-1,92	,066
Consciência	1,17	4,33	2,56	,937	4,33	,512	-9,97	,000**
Controlo	1,00	4,50	2,64	,935	3,27	1,08	-3,58	,001**

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

4.1.4 Luto perinatal

De modo a averiguar se existem diferenças significativamente estatísticas, comparou-se a amostra (Amostra 1), com uma amostra de uma investigação realizada em 2004 por Rocha (amostra de contraste), na qual a amostra era constituída por mulheres, que passaram por uma morte perinatal, a avaliação foi realizada 6 meses após a perda

Para tal, efetuou-se uma Test-T, e observa-se que para a PGS total, existem diferenças estatisticamente significativas ($,000$) entre a média da Amostra 1 ($M= 117,25$; $sd= 19,10$) e a média da Amostra de contraste ($M= 74,45$; $sd=23,93$) (ver tabela 6)

Verificam-se também diferenças estatisticamente significativas nas medias das dimensões da PGS, nomeadamente: Luto ativo ($,000$) que na amostra 1 apresenta uma média= $3,79$ ($sd=,49$) e uma média= $2,88$ ($sd=,98$) para a amostra de contraste; Dificuldades de coping ($,000$), que na amostra 1 apresenta uma média= $3,17$ ($sd=,66$) e a amostra de contraste com $M= 2,37$ ($sd=,57$); e na dimensão desespero ($,000$), a qual na amostra 1 apresenta uma $M=3,47$ ($sd=,74$), e para a amostra de contraste $M= 1,80$ ($sd=,82$) (ver tabela 6) .

Tabela 6 - Testes comparativos relativos a Escala de Luto perinatal, entre a amostra e a amostra de contraste

	PGS				PGS			
	PGS				Amostra de contraste			
	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>Sd</i>	<i>M</i>	<i>sd</i>	<i>T(27)</i>	<i>P</i>
PGS Total	71,00	145,00	117,25	19,10	74,45	23,93	11,85	,000**
Luto ativo	2,64	4,64	3,79	0,49	2,88	0,98	9,87	,000**
Dificuldades de coping	1,75	4,38	3,17	0,66	2,37	0,57	6,40	,000**
Desespero	1,93	4,64	3,47	0,74	1,80	0,82	11,93	,000**

(* $p < ,05$. ** $p < ,01$)

4.2 Relação entre ajustamento conjugal e dificuldades de regulação emocional

Quanto a correlações, a sua análise permitiu verificar que o ajustamento conjugal Total, apresenta correlações significativas com as dificuldades de regulação emocional (Total) (-, 574), falta de clareza emocional (-,406), dificuldade em agir de acordo com os objetivos (-,510), acesso limitado as estratégias de regulação emocional (-, 600), não aceitação das respostas emocionais (-,487) e dificuldade no controlo dos impulsos(-,474) (ver tabela 7).

A dimensão consenso da DAS, correlaciona-se com as dificuldades de regulação emocional (-,678), Falta de clareza emocional (-,505), dificuldades em agir de acordo com objetivos (-,607), acesso limitado às estratégias de regulação emocional(-,685), não aceitação das respostas emocionais (-,609) e dificuldade no controlo dos impulsos (-,589) (ver tabela 7).

Verificou-se que não existe nenhuma correlação entre a dimensão satisfação e as dificuldades de regulação emocional (ver tabela 7).

Existe em relação entre a dimensão coesão DAS e a dimensão acesso limitado às estratégias de regulação emocional (-,390) (ver tabela 7).

Observamos que existem relações entre a dimensão expressão e dificuldades de regulação emocional (-,637), Falta de clareza emocional (-,390), dificuldade em agir de acordo com os objetivos (-,574), acesso limitado às estratégias de regulação emocional (-,678), não aceitação das respostas emocionais (-,614) e por com as dificuldades no controlo dos impulsos (-,596) (ver tabela 7).

Observamos que não há nenhuma correlação com a dimensão falta de consciência emocional (ver tabela 7).

Tabela 7- Correlações entre DAS e EDRE

	EDRE Total	EDRE Clareza	EDRE Objetivos	EDRE Estratégias	EDRE Não Aceitação	EDRE Controlo	EDRE Consciência
DAS Total	-,574**	-,406*	-,510**	-,600**	-,487**	-,474*	-,268
Consenso	-,678**	-,505**	-,607**	-,685**	-,609**	-,589**	-,285
Satisfação	,159	,229	,072	,029	,290	,126	-,099
Coesão	-,357	-,292	-,342	-,390*	-,299	-,276	-,142
Expressão	-,637**	-,390*	-,574**	-,678**	-,614**	-,596**	-,129

* $p < ,05$. ** $p < ,01$ $N=28$

4.3 Relação entre ajustamento conjugal e Sintomatologia Traumática

Verificou-se que existe uma relação positiva entre a dimensão satisfação e a dimensão embotamento do IES-R (,435) (ver tabela 8)

Tabela 8 - Relação entre o ajustamento Conjugal e sintomatologia traumática

	IES-R Total	IES-R Evitamento	IES-R Hipervigilância	IES-R Intrusão	IES-R Embotamento
DAS Total	,014	,006	-,009	,111	,172
consenso	,031	,048	,027	,108	,166
Satisfação	,234	,236	,022	,109	,435*
Coesão	-,077	-,174	-,028	,031	,047
Expressão	-,214	-,157	-,124	-,052	-,070

* $p < ,05$. ** $p < ,01$ $N=28$

4.4 Relação entre ajustamento conjugal e luto perinatal

Relativamente a relação entre ajustamento conjugal e o luto perinatal, podemos observar que existe uma correlação entre o ajustamento conjugal (total) e a dimensão luto ativo (- ,418), e o mesmo acontecendo entre a dimensão consenso da DAS e a dimensão luto ativo da PGS (-,393) (ver tabela 9)

Tabela 9 - Relação entre o ajustamento conjugal e luto perinatal

	PGS Total	PGS Luto Ativo	PGS Dificuldades de coping	PGS Desespero
DAS Total	-,280	-,418*	-,281	-,166
Consenso	-,294	-,393*	-,321	-,176
Satisfação	-,170	-,227	,085	-,117
Coesão	-,143	-,297	-,278	-,015
Expressão	-,175	-,318	-,260	-,074

(* $p < ,05$. ** $p < ,01$ $N=28$)

4.5 Relação entre dificuldades de regulação emocional, luto perinatal e sintomatologia traumática

Observa-mos que existe em relação entre a PGS total e EDRE total (,557) bem como com as seguintes dimensões: dificuldade em agir de acordo com os objetivos (,538); acesso limitado às estratégias de regulação emocional (,476); Dificuldade no controlo dos impulsos (,518) e falta de consciência emocional (,393) (ver tabela 10).

A dimensão luto ativo correlaciona-se com a EDRE total (,430); dificuldade em agir de acordo com os objetivos (,448); acesso limitado às estratégias de regulação emocional (,424); e dificuldade no controlo dos impulsos (,455) (ver tabela 10).

A dimensão dificuldades de coping correlaciona-se com a dificuldade no controlo dos impulsos (,391) (ver tabela 10).

Por fim a dimensão desespero correlaciona-se com a EDRE total(,444); dificuldade em agir de acordo com os objetivos (,410); e dificuldade no controlo dos impulsos (,445) (ver tabela 10).

Não se verificaram correlações entre as dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia traumática (ver tabela 10).

Tabela 10 - Relação entre Dificuldades de regulação emocional, luto perinatal e sintomatologia traumática

	EDRE Total	EDRE Clareza	EDRE Objetivos	EDRE Estratégias	EDRE Não Aceitação	EDRE Controlo	EDRE Consciência
PGS Total	,557**	,360	,538**	,476*	,248	,518**	,393*
Luto ativo	,430*	,169	,448*	,424*	,192	,455*	,339
Dificuldades de coping	,366	,197	,351	,307	,220	,391*	,276
Desespero	,444*	,243	,410*	,337	,264	,445*	,183
IES-R total	,264	,021	,269	,334	,217	,117	-,271
Embotamento	,158	,290	,026	,042	,035	,107	,149
Evitamento	,086	,069	,080	,090	,164	-,123	-,105
Hipervigilância	,156	-,107	,135	,240	,054	,071	-,263
Intrusão	,080	-,174	,223	,267	-,051	,086	-,288

* $p < ,05$. ** $p < ,01$ $N=28$

4.6 Dificuldades de regulação emocional como predictor do ajustamento conjugal

Por meio de uma regressão linear verificamos que as dificuldades de regulação emocional predizem 35,8% do ajustamento diadico em pais de perderam bebês. (ver tabela 11)

Tabela 11 - Impacto das dificuldades de regulação emocional no ajustamento conjugal

Variáveis	EDRE Total		
	B	SE B	B
DAS Total	-,563	,148	-,599**
R^2	,358		

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

Discussão

Relativamente ao ajustamento conjugal, foco principal desta investigação, verificou-se que a maioria dos indivíduos encontra-se num relacionamento desajustado (64,3%), este tipo de conclusão comprova o que já tem sido descrito por vários investigadores, de facto indivíduos que sofreram uma perda perinatal, encontram-se mais vulneráveis a uma dissincronia na sua relação enquanto casal, num estudo Klock et al. (1997) encontraram uma alta incidência de ajustamento conjugal diminuído (53%), sendo que 11% das mulheres relataram discórdia conjugal grave.

Analisando os dados quanto a sintomatologia traumática, verificamos que existe uma prevalência elevada de indivíduos com pós-stress traumático, cerca de 92,9%, este resultado é corroborado com alguns estudos que salientam que este tipo de população se insere num grupo de elevado risco. Um estudo realizado por Enghard et al em 2001, verificou que um mês após a perda perinatal, 25% das mulheres preenchem os critérios de DSM-IV para Perturbação de pós-stress traumático. Noutro estudo, realizado em Portugal, por Serrano & Lima em 2006, em casais que sofreram abortos recorrentes, e utilizando a escala de impacto de eventos, verificaram que tanto homens como mulheres, apresentam um elevado percentagem de pós-stress traumático, verificando também que o sexo feminino apresenta uma prevalência mais elevada (Serrano & Lima, 2006).

Quanto às dificuldades de regulação emocional, devido a escassez de estudos relacionados com as dificuldades de regulação emocional em pais que passaram pela morte perinatal, optamos por fazer uma comparação com um estudo de 2010, não publicado, de Ferreira, estudo esse que se foca no luto complicado e regulação emocional em pais que perderam filhos. Constatamos que existem diferenças entre os resultados obtidos, contudo, no seu geral concordam que existem dificuldades de regulação emocional. Desta comparação entre os grupos, verificamos que a amostra em estudo apresenta menores dificuldades de regulação emocional, provavelmente devidos ao fato do estudo de Ferreira (2010) se reportar a perdas de filhos em idades mais avançadas.

Apesar dessa diferença, podemos afirmar que também os pais que sofrem uma perda no período perinatal não se encontram preparados para regular e aceitar as emoções negativas que surgem de um evento tão traumático. Este facto também pode estar

relacionado com a idade jovem dos pais, pois esta pode ser uma das suas primeiras perdas significativas (Fonseca et al, 2010).

Quanto ao luto perinatal, podemos verificar que na nossa amostra a média para o luto perinatal é elevada (117,25), este resultado foi comparado com um estudo realizado por Rocha (2004) numa população de pais 6 meses após uma interrupção médica da gravidez, quando comparados podemos verificar que existe uma diferença significativamente estatística, sendo que na nossa amostra o resultado para a escala no total, é superior ao estudo que foi realizado por Rocha, verificando-se assim que existe mais luto perinatal na nossa amostra.

O nosso resultado aproxima-se com os resultados de um estudo de Zeanah et al (1995) o qual apresenta uma média de 121,55. Este resultado elevado, verifica-se pois uma perda perinatal tem um impacto significativo e duradouro (Bennet, Litz, Lee & Maguen, 2005), sendo uma das perdas mais difíceis de superar (Condon, 2010).

Resultados elevados também foram encontrados, num estudo de Toedter, et al em 2010, o qual compilou 22 estudos com a utilização da escala de luto perinatal. Num total de 2243 indivíduos, a média da escala de luto perinatal é de 84,3 para o total da escala, e uma media de 32,1 para luto ativo, media de dificuldades de *coping* 26,5 e por fim e com uma média de 23,7 para desespero.

Verificamos que o ajustamento conjugal, apresenta correlações negativas com as dificuldades de regulação emocional, falta de clareza emocional, dificuldade em agir de acordo com os objetivos, acesso limitado as estratégias de regulação emocional, não aceitação das respostas emocionais e dificuldade no controlo dos impulsos. Efetuamos o mesmo para as dimensões da DAS e assim observamos que a dimensão consenso, correlaciona-se negativamente com as dificuldades de regulação emocional, Falta de clareza emocional, dificuldades em agir de acordo com objetivos, acesso limitado às estratégias de regulação emocional, não aceitação das respostas emocionais e dificuldade no controlo dos impulsos. Verificamos que existe em relação negativa entre a dimensão coesão e a dimensão acesso limitado às estratégias de regulação emocional. Existe do mesmo modo uma relação negativa entre a expressão e dificuldades de regulação emocional, Falta de clareza emocional, dificuldade em agir de acordo com os objetivos, acesso limitado às estratégias de regulação emocional, não aceitação das respostas emocionais e as dificuldades no controlo dos impulsos.

Observamos que não existe nenhuma correlação entre a dimensão satisfação e as dificuldades de regulação emocional. Assim como verificamos que não há nenhuma correlação com a dimensão falta de consciência emocional.

Podemos então sugerir que quanto maior são as dificuldades em regular as emoções, menor será o ajustamento conjugal. O facto de os pais não aceitarem as respostas emocionais negativas em função da perda do bebé, e a dificuldade na realização de tarefas que impliquem a deslocalização da atenção à perda, levam a dificuldades na resolução de problemas; se numa relação conjugal existem problemas que tem que ser solucionadas, e se esta capacidade está comprometida, devido ao evento traumático, que é a perda de um filho (Lichetentlhal e tal 2010), verifica-se então um decréscimo no ajustamento conjugal.

Outra dificuldade é a de controlar os impulsos, os pais devido a esta dificuldade têm respostas irrefletidas e desapropriadas que podem trazer consequências negativas para a relação de casal. Nestes casos um dos cônjuges pode não tolerar estes comportamentos desapropriados, sendo mais um dos fatores que pode interferir no ajustamento conjugal. A dificuldade de recorrer a estratégias para regular emoções inerentes ao processo de luto, pode levar a ruminação sobre a morte do bebé, esta ruminação leva à centralidade do evento, e mais uma vez, os casais não dão a devida atenção ao que está a acontecer com a sua relação conjugal.

Por fim a falta de clareza emocional, leva o individuo a ter dificuldades em expressar discriminadamente as suas emoções, quer elas sejam positivas ou negativas, assim não é capaz de as comunicar claramente com o seu cônjuge, o que pode levar a percepções erróneas sobre o sofrimento um do outro.

Este tipo de resultado parece demonstrar o luto incongruente, que os casais sentem após a perda perinatal. A forma como cada um dos cônjuges percebe o sofrimento do outro (Lang, et al, 2004) pode ser mal interpretado, normalmente as mães percebem os sentimentos do pai de uma forma negativa, pois eles não demonstram tanto as suas emoções, e os pais acham que devem ser mais fortes para conseguir seguir em frente. Ainda mais pelo facto de tanto num como no outro as respostas emocionais não estarem a ser adaptativas, existem então uma capacidade diminuída de as expressar de forma adaptada. Nestes casos pode começar a existir desentendimentos, levando a um

decréscimo no suporte que cada um dos cônjuges oferece, levando a um menor ajustamento conjugal (Lang, et al 2004).

Podemos verificar que a EDRE não explica a dimensão satisfação conjugal, contudo o mesmo não acontece com o embotamento, uma vez que há uma relação positiva entre a dimensão satisfação e a dimensão embotamento do IES-R. Assim, podemos sugerir que quanto maior é o embotamento afetivo maior será a satisfação conjugal, assim podemos sugerir que o facto de os pais estarem a passar por um evento traumático, focando-se na perda do bebé, não estão a dar a devida atenção a sua situação conjugal, o que leva a que não se expressem com o seu parceiro o que estão a sentir face à conjugalidade.

Do mesmo modo analisamos a relação entre o ajustamento conjugal e o luto perinatal, podemos observar que existe uma correlação negativa entre o ajustamento conjugal e a dimensão luto ativo, e o mesmo acontecendo entre a dimensão consenso e a dimensão luto ativo da PGS, estes resultados levamo-nos a sugerir que quanto mais luto ativo, mais diminuída estará a relação conjugal. Se existe um luto ativo, o processo de luto não se encontra resolvido, assim estes pais, podem se encontrar demasiado focados na perda, e mais uma vez, não se focarem na sua situação conjugal, nem no que se esta a passar com o outro parceiro.

Efetuamos uma correlação entre as dificuldades de regulação, luto perinatal e sintomatologia traumática e observa-mos que existe em relação positiva entre o luto perinatal e dificuldades de regulação emocional, bem como com as seguintes dimensões, dificuldade em agir de acordo com os objetivos; acesso limitado às estratégias de regulação emocional; Dificuldade no controlo dos impulsos e falta de consciência emocional.

A dimensão luto ativo correlaciona-se positivamente com as dificuldades de regulação emocional; dificuldade em agir de acordo com os objetivos; acesso limitado às estratégias de regulação emocional; e dificuldade no controlo dos impulsos.

A dimensão dificuldades de coping correlaciona-se de forma positiva com a dificuldade no controlo dos impulsos.

Por fim a dimensão desespero correlaciona-se positivamente com as dificuldades de regulação emocional; dificuldade em agir de acordo com os objetivos; e dificuldade no controlo dos impulsos.

Não se verificaram correlações entre as dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia traumática.

Estes factos, levamo-nos a sugerir que quanto mais luto perinatal mais difícil será para estes pais regularem as suas emoções.

Boxer em 1996 e Read em 1999 sugeriram que o stress e o sofrimento advindo da perda pode interferir com a vida conjugal (Serrano & Lima, 2006).

Segundo Cacciatore et al em 2008, a intensificação do luto leva a um desajustamento conjugal, sendo que a qualidade do ajustamento conjugal é um dos mais importantes preditores para a adaptação a perda.

Mekosh-Rosenbaum & Lasker (1995), constaram que 5,77% dos casamentos terminaram em divórcio, após a morte do bebé (Cacciatore et al, 2008).

Num estudo de DeFrain et al (1986), 1,5% das mães e 3% dos pais, relataram que a morte do bebé, foi a razão para divórcio (Cacciatore et al, 2008).

Contudo, Bonanno, em 1990, conclui que os conflitos são normais após uma perda perinatal, mas que depois de resolvido o processo de luto, os casais revelam uma ótima satisfação conjugal.

Relativamente à análise da regressão linear, pode-se verificar que as dificuldades em regular as emoções assumem um papel importante no desenvolvimento e na predição do ajustamento conjugal.

Foram efetuadas também regressões, para o luto perinatal e ajustamento conjugal, e sintomatologia traumática e ajustamento conjugal, contudo os valores de predição revelaram-se muito baixos, sendo que optamos por não lhes dar ênfase nesta investigação.

Conclusão

O foco desta investigação foi a relação conjugal após uma perda perinatal e compreendeu variáveis de luto perinatal, pós-stress traumático e dificuldades de regulação emocional.

A variável de dificuldades de regulação emocional tem sido alvo de diversos estudos um pouco em todas as áreas, pois cada vez mais se verificam evidências de que as dificuldades em regular as emoções podem levar a psicopatologias.

A morte perinatal é considerada por Leon, 1990 e Weis, 2000 como um evento psicológico mais angustiante que os pais enfrentam, fazendo-os sentir inseguros e desprotegidos (O'Leary, 2005).

Contudo, muito pelo facto do tema da regulação emocional ser muito recente e de os pais em luto perinatal não serem classificados como um grupo de risco, não conseguimos encontrar uma investigação sobre as dificuldades de regulação emocional neste grupo de indivíduos. É este então o ponto crucial da pertinência deste estudo. Os resultados que obtivemos neste estudo, deixam um alerta para este grupo de risco, que podem desenvolver consequências graves para a sua saúde mental. Sugerimos então a pertinência de intervir junto desta população, de forma a minimizar os danos provocados pela perda, que podem surgir a longo prazo, outro aspeto a ter em conta é que luto perinatal, não pode ser classificado como depressão pós-natal, nem ser medicado como tal (Condon, 2010).

Mas para que esta intervenção possa acontecer, é necessário que mais estudos sejam feitos na área da regulação emocional, para uma maior informação sobre o momento e como intervir.

Esta investigação teve várias limitações, as quais deverão ser consideradas relativamente aos resultados obtidos. A amostra deste estudo é reduzida não representando a população em geral, desde o início desta investigação, sabíamos que ia ser uma das limitações, e realmente confirmou-se, por um lado pela burocracia necessária para conseguir fazer uma recolha de dados em instituições de saúde públicas e, por outro, pela difícil aceitação dos pais em participar no estudo. Este aspeto limita o tipo de análise estatística e as possibilidades de generalização dos resultados.

Em estudos futuros será pertinente averiguar a satisfação conjugal, uma vez que esta dimensão não se correlaciona com nenhuma das variáveis em estudos. É importante perceber o que realmente se está a passar com a satisfação destes casais, de modo a se conseguir intervir adequadamente. Assim será importante questionar se a escala de ajustamento diádico, é realmente uma boa escala para medir o ajustamento conjugal. Outro ponto importante a ser explorado, é a questão do embotamento, e se realmente acontece uma centralidade no evento (Berntsen & Rubin, 2006) de perda, que por sua vez leva a uma centralidade na parentalidade perdida em detrimento da relação conjugal.

Bibliografia

- Adolfsson, A., & Larsson, P. (2010). Applicability of general grief theory to Swedish women's experience after early miscarriage, with factor analysis of Bonanno's Taxonomy, using the perinatal grief scale. *Upsala Journal of medical sciences*, 115, 201-209.
- Armstrong, D. (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after a perinatal loss. *Journal of nursing scholarship*, 339-345.
- Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., & Hughes, P. (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal on fathers; systematic review. *Journal of psychosomatic obstetrics & Gynecology*, 245-256.
- Bayle, F., Vance, J., Najman, J., & Thearle, M. (1996). The mental health impact of stillbirth, neonatal death or SIDS: Prevalence and Patterns of distress among mothers. *Social Sciences & Medicine*, 1273-1282.
- Bennett, M., Litz, T., Maguen, S., & Ehrenreich, J. (2008). An exploratory study of the psychological impact and clinical care of perinatal loss. *Journal of loss and trauma*, 485-510.
- Bennett, S., Litz, B., Lee, B., & Maguen, S. (2005). The scope and impact of perinatal loss: Current status and future directions. *Research & Practice*, 180-187.
- Boelen, P., Bunt, J., & Hout, M. (2003). The role of negative interpretations of grief reactions in emotional problems after bereavement. *Journal of behaviour therapy and experimental psychiatry*, 225-238.
- Bonanno, G. (2001). Grief and emotion: A social-functional perspective. In M. Stroebe, & R. Hansson, *Handbook of bereavement research: consequences, coping, and care*. Washington, DC : American Psychological Association: W. Stroebe & H. Schut.
- Bonanno, G., & Keltner, D. (1997). Facial expressions of emotion and the course of bereavement. *Journal of abnormal psychology*, 126-137.

- Bohannon, J. (1990). Grief responses of spouses following the death of a child: A longitudinal study. *Omega* , 109-120.
- Berstsen, D. & Rubin, D.C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour research and therapy*, 44, 219-231
- Buchi, S., Schnyder, U., Glaser, A., & Bucher, H. (2009). Shared or discordant grief in couples 2-6 years after the death of their premature baby: Effects on suffering and posttraumatic growth. *Psychosomatics* .
- Cacciatore, J. (2010). The unique experiences of women and their families after the death of a baby. *social work in health care* , 134-148
- Cacciatore, J., DeFrain, J., Jones, K., & Jones, H. (2008). Stillbirth and the couple: A gender-based exploration. *Journal of family social work* , 351-372.
- Castanheira, C., Vieira, V., Glória, A., Afonso, A., & Rocha, J. (5-9 de June de 2007). Impact of event scale-revised (IES-R): Portuguese validation. *European congress of traumatic stress, Opatija, Croacia* .
- Condon, J. (2010). Women's mental health: A "wish-list" for the DSM-V. *Aron womens mental health* , 5-10.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de dificuldades de regulação emocional e a sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clin.* , 145-151.
- Denis, T., Martin, S., & Pamela, C. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development* , 317-333.
- Dodge, K., & Garber, J. (1991). Domains of emotion regulation. In K. Dodge, & J. Garber, *The development of affect regulation and dysregulation* (pp. 3-11). New York: Cambridge Press.
- Engelhard, I., Van den Hout, M., & Arntz, A. (2001). Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* , 62-66.

- Fatia, A. (2008). Uma mão cheia de nada: vivências da mulher submetida a interrupção médica de gravidez por malformações fetais. (*dissertação de mestrado Em estudos sobre as mulheres - Não publicada*) Universidade Aberta, Lisboa
- Franché, L. (2001). Psychological and Obstetric Predictors of Couples Grief During Pregnancy After Miscarriage or Perinatal Death. *Obstetrics & Gynecology* , 597-602.
- Fonseca, A., Pedrosa, A., Canavarro, M., & Nazaré, B. (2010). Eficácia de um Protocolo de intervenção psicológica em situações de perda perinatal: A percepção das utentes. *Revista de Enfermagem III-serie N°2- dezembro* , 55-64
- Gaudet, C., Séjourné, N., Combarieux, L., Rogers, R., & Chabrol, H. (2010). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of reproductive and infant psychology* , 240-251.
- Gilbert, K. (1989). Interactive grief and coping in the marital dyad. *Death Studies* , 605-626.
- Goldbeck-Wood, S. (1996). Post-traumatic stress disorder may follow childbirth. *British Medical Journal*
- Gomez, R., & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da Dyadic Adjustment Scale. *Análise Psicológica* , 625-638.
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment* .
- Gross, J. (2007). *Handbook of Emotional Regulation*. USA: Guilford.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology* , 271-299.

- Hughes, P., Turton, P., Hopper, E., & Evans, C. (2002). Assessment of guidelines for good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: A cohort study. *The Lancet* , 114-118.
- Hutti, M. (2005). Social and professional support needs of families after perinatal loss. *JOGNN: Journal of Obstetric, gynecologic & neonatal nursing* , 630-638
- Klock, S., Chang, G., Hiley, A., & Hill, J. (1997). Psychological distress among women with recurrent spontaneous abortion. *Psychosomatics* , 503-507
- Lang, A., Goulet, C., & Amsel, R. (2004). Explanatory model of health in bereaved parents post fetal /infant death. *International Journal of Nursing studies*, 41(8), 869-880
- Leon, I. (2001). *Perinatal loss- Psychological aspects of womens's health care: the interface between psychiatry and obstetrics and gynecology*. Washington, DC: American Psychiatric Association: Statland & D.stewart (2nd- p.p.- 141-173).
- Lichenthal, W., Currier, J., Neimeyer, R., & Keesee, N. (2010). Sense and Significance: A Mixed Methods Examination of Meaning Making After the Loss of One's Child. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 791-812
- O'Leary, J. (2005). The trauma of ultrasound during a pregnancy following perinatal loss. *journal of loss and trauma* , 183-204
- Reid, M. (2007). The loss of a baby and the birth of the next infant: The mother's experience. *Journal of child psychotherapy* , 181-201.
- Rocha, J. (2004). Fatores Psicologicos da mulher face à interrupção médica da gravidez. *Tese de doutoramento- Inst. de ciências biomédicas de Abel Salazar- Universidade do Porto* .
- Rodriguez, A. (2009). Impacto de uma intervenção espontanea da gravidez na vinculação Pré.Natal, numa Gravidez seguinte. *Mestrado integrado em psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação* .

- Serrano, F., & Lima, M. (2006). Recurrent miscarriage: Psychological and relational consequences for couples. *Psychology and psychotherapy: Theory, Research and practice* , 585-594
- Sroufe, L. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press
- Toedter, L., Lasker, J., & Alhadeff, J. (1988). THE PERINATAL GRIEF SCALE: Development and Initial Validation. *American journal of Orthopsychiatry* , 435-449.
- Toedter, L., Lasker, J., & Janssen, H. (2010). International comparison of studies using the perinatal grief scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death studies* , 205-228.
- Turton P, Hughes P, Evans CDH, Fainman D. (2001). Incidence, correlates and Predictors of post traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry*, 178(6): 556-560
- Weiss, D., & Marmar, C. (1997). *The impact of event scale-revised*. New-York: Guildford: J. Wilson & T. Keane.
- Zeanah, C.H., Danis, B., Hirshberg, L., et al (1995). Initial adaptation in mothers and fathers following Perinatal loss. *Infant mental health Journal*, 16, 80-93

Texto convertido pelo conversor da Porto Editora, respeitando o Acordo Ortográfico de 1990.