



V SIMPÓSIO NACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM PSICOLOGIA

Livro de Atas

VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia

Organizadores

Anabela Pereira, Manuela Calheiros, Paula Vagos, Inês Direito, Sara Monteiro,
Carlos Fernandes da Silva, & Ana Allen Gomes

Editor: Associação Portuguesa de Psicologia

ISBN: 978-989-96606-1-8

O tempo cura tudo? Adaptação à experiência de interrupção médica da gravidez por anomalia fetal durante o primeiro ano

Bárbara Nazaré^{1,2}, Ana Fonseca^{1,2}, & Maria Cristina Canavarro^{1,2}

1. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

2. Unidade de Intervenção Psicológica da Maternidade Dr. Daniel de Matos, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

Resumo: Objetivo: Avaliar a prevalência de reações clinicamente significativas de luto e de trauma, no primeiro (M1) e no segundo semestre (M2) após uma interrupção médica da gravidez (IMG) por anomalia fetal. **Metodologia:** Vinte e três casais responderam à Escala de Luto Perinatal e à Escala de Impacto de um Evento – Revista. **Resultados:** A maioria da amostra mostrou adaptação em ambas as avaliações. A prevalência de luto foi igual no M1 e M2: 21.7% (mulheres) e 0.0% (homens). A prevalência de trauma no M1 foi de 17.4% (mulheres) e 22.7% (homens), descendo para 14.3% (mulheres) e 9.5% (homens) no M2. Em 13.0% (M1) e 14.3% (M2) das mulheres verificaram-se reações clinicamente significativas de luto e de trauma. Em 4.5% (M1) e 4.8% (M2) dos casais, ambos os membros manifestaram reações clinicamente significativas de trauma. **Discussão:** Após a IMG, a avaliação psicológica é necessária, atendendo à prevalência de reações clinicamente significativas de luto e de trauma, em particular nas mulheres.

Palavras-chave: Casal; género; interrupção médica da gravidez por anomalia fetal; reações clinicamente significativas de luto; reações clinicamente significativas de trauma.

INTRODUÇÃO

Em Portugal, o enquadramento legal vigente (lei 16/2007 de 17 de abril) possibilita a interrupção médica da gravidez (IMG) até às 24 semanas de gestação, quando é diagnosticada ao feto uma doença grave ou uma malformação congénita incurável. Caso o feto seja considerado inviável, este prazo é extensível até ao final da gravidez. No ano de 2011, verificaram-se, no nosso país, 405 interrupções da gravidez por estes motivos (Direção-Geral da Saúde, 2012).

A IMG tende a desencadear um processo de luto considerado normativo (Statham, Solomou, & Chitty, 2000), atendendo a que se associa a múltiplas perdas. A confirmação do diagnóstico de anomalia fetal acarreta a perda do bebé saudável e perfeito imaginado pelo casal (Sommerseth & Sundby, 2010) e do futuro planeado para a família (Bijma, van der Heide, & Wildschut, 2007). Adicionalmente, a incapacidade percebida de gerar um bebé perfeito pode traduzir-se na perda de autoestima biológica (White-Van Mourik, Connor, & Ferguson-Smith, 1992) e do sentimento de masculinidade ou feminilidade (Lalor, Begley, & Galavan, 2009). Após a IMG, o casal é ainda confrontado com a perda física do bebé, numa altura em que a ligação a este já é, frequentemente, forte (Sandelowski & Barroso, 2005). Assim, o casal é privado de uma oportunidade para exercer a parentalidade, que pode não vir a repetir-se (Kolker & Burke, 1993).

A IMG associa-se ainda a reações de trauma, o que se deve à inconsistência entre este acontecimento e as crenças individuais (Janoff-Bulman, 1992). Para começar, o diagnóstico de anomalia fetal é, habitualmente, inesperado, ocorrendo, na maioria das vezes, em gravidezes de baixo risco e com acompanhamento obstétrico (McCoyd, 2007). O papel ativo na decisão de interromper a gravidez também pode contrariar acentuadamente a visão de si próprias de algumas pessoas que, antes deste evento, se consideravam contra o aborto (McCoyd, 2007). Por fim, a morte de um filho é contrária ao ciclo de vida, podendo ser particularmente difícil de compreender (Callister, 2006).

Tabela 01. Percentagem de mulheres e de homens que manifestam reações clinicamente significativas de luto e de trauma após uma IMG

Tempo decorrido desde a IMG	Luto		Trauma	
	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens
14 dias (Kersting et al., 2007)	38.9% ^a	-	-	-
14 dias (Kersting et al., 2009)	-	-	63.9% ^b	-
6 semanas (Davies, Gledhill, McFayden, Whitlow, & Economides, 2005)	47.0% ^c	-	67.0% ^d	-
4 meses (Korenromp, 2006)	10.0% ^e	4.4% ^e	44.9% ^f	19.1% ^f
6 meses (Davies et al., 2005)	31.0% ^c	-	50.0% ^d	-
6 meses (Kersting et al., 2007)	16.7% ^a	-	-	-
6 meses (Kersting et al., 2009)	-	-	22.2% ^b	-
8 meses (Korenromp, 2006)	3.3% ^e	2.2% ^e	32.6% ^f	9.0% ^f
12 meses (Davies et al., 2005)	27.0% ^c	-	41.0% ^d	-
14 meses (Kersting et al., 2007)	13.9% ^a	-	-	-
14 meses (Kersting et al., 2009)	-	-	22.2% ^b	-
16 meses (Korenromp, 2006)	2.2% ^e	2.2% ^e	18.0% ^f	4.5% ^f

^a Preenchimento dos critérios de Luto Complicado (à exceção do critério temporal, nas duas primeiras avaliações).

^b Impact of Event Scale – Revised (ponto de corte: 19 pontos em qualquer das subescalas). ^c Perinatal Grief Scale (ponto de corte: 90 pontos na escala total). ^d Impact of Event Scale (ponto de corte: 18 pontos na escala total). ^e Inventory of Traumatic Grief (ponto de corte: 90 pontos na escala total). ^f Impact of Event Scale (ponto de corte: 26 pontos na escala total).

Apesar de se esperar que as pessoas apresentem reações de luto e de trauma após a IMG, pelas razões que acabámos de expor, é necessário avaliar a intensidade destas respostas, atendendo à considerável prevalência de reações clinicamente significativas de luto e de trauma (ver Tabela 01). Que tenhamos conhecimento, apenas um estudo procurou comparar os dois membros do casal nestas variáveis: quatro, oito e 16 meses após a IMG, não se verificaram diferenças entre 90 mulheres e 90 homens relativamente à prevalência de reações clinicamente significativas de luto; relativamente à sintomatologia de trauma, e nos mesmos momentos de avaliação, a percentagem de mulheres a apresentar reações clinicamente significativas foi significativamente superior à dos homens (Korenromp, 2006). Adicionalmente, não conhecemos nenhuma investigação que tenha avaliado a presença de comorbilidade nestas reações, ou seja, a existência simultânea de reações clinicamente significativas de luto e de trauma. O facto de, para ambos os géneros, a prevalência de reações clinicamente significativas de trauma ser superior à das de luto (ver Tabela 01) levou Korenromp et al. (2005) a concluir que tanto as mulheres como os homens “experienced TOP [termination of pregnancy] more as a trauma than as a loss event” (p. 1231). Apesar disso, que tenhamos conhecimento, nenhum estudo procurou comparar as reações clinicamente significativas de luto e as reações clinicamente significativas de trauma subsequentes a uma IMG quanto à sua prevalência.

Este trabalho pretendeu definir e comparar a prevalência de reações clinicamente significativas de luto e de trauma em mulheres e homens no primeiro e no segundo semestres após uma IMG.

METODOLOGIA

Procedimentos

Este estudo foi desenvolvido no âmbito de um projeto longitudinal aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, instituição onde foi recolhida a amostra. Foram definidos como critérios de inclusão para a participação: a) ter vivenciado uma IMG por anomalia fetal há 1-5 meses; b) ter idade superior a 18 anos; e c) ter capacidade para compreender os questionários do protocolo de avaliação. O estudo foi apresentado pelos investigadores a todos os casais que preencheram estes critérios de inclusão. Os casais disponíveis para participar assinaram um documento de consentimento informado e, em duas ocasiões – durante o primeiro semestre (M1) e durante o segundo semestre (M2) após a IMG -, receberam duas versões (feminina e masculina) dos questionários, juntamente com um envelope selado. Foi solicitado aos casais que preenchessem os questionários em casa e os enviassem pelo correio para os investigadores. No M1, foram contactados 73 casais, dos quais 41 (56.2%) responderam ao protocolo de avaliação. No M2, foram contactados 33 casais, dos quais 23 (69.7%) responderam ao protocolo de avaliação. A amostra deste estudo foi constituída pelos casais que responderam ao protocolo de avaliação em ambos os momentos.

Participantes

A amostra incluiu 23 casais (23 mulheres e 23 homens), com uma idade média de 33.63 anos ($DP = 4.56$). Mais de metade das pessoas ($n = 26, 56.5\%$) não tinha filhos. Relativamente às habilitações literárias, os participantes estudaram, em média, durante 12.13 anos ($DP = 4.09$). A grande maioria ($n = 42, 91.3\%$) da amostra encontrava-se empregada. Em relação a dados clínicos, a IMG ocorreu aproximadamente às 20.65 semanas de gestação ($DP = 5.31$). O diagnóstico mais frequente correspondeu a anomalias cromossómicas ($n = 10, 43.5\%$). Os participantes responderam aos questionários, em média, 2.04 ($DP = 0.83$; M1) e 7.00 ($DP = 0.91$; M2) meses após a IMG. No M2, seis casais (26.1%) estavam a viver uma nova gravidez.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos: avalia dados sociodemográficos (género, idade, estado civil, escolaridade e situação profissional) e clínicos (paridade, dados sobre a gravidez e sobre a IMG).

Escala de Luto Perinatal (Potvin, Lasker, & Toedter, 1989; versão portuguesa: Rocha, 2004): questionário com 33 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Concordo totalmente* a *Discordo totalmente*). Pretende avaliar os pensamentos e sentimentos atuais da pessoa face a uma perda reprodutiva, incluindo três fatores (que dizem respeito a sintomatologia progressivamente menos adaptativa): Luto Ativo (sinais normativos de luto, incluindo choro, tristeza e saudades do bebé), Dificuldades de *Coping* (dificuldades no desempenho de atividades e no relacionamento com os outros) e Desespero (sentimentos de falta de esperança e desvalorização pessoal). A consistência interna da escala total nesta amostra foi muito elevada ($\alpha = .96$ para as mulheres e $\alpha = .93$ para os homens, em ambos os momentos de avaliação). Pontuações mais elevadas refletem maior intensidade do luto, tendo a pontuação total (calculada a partir da soma de todos os itens) de 91 sido considerada como ponte de corte para identificar a presença de sintomatologia clinicamente significativa (Toedter, Lasker, & Janssen, 2001).

Escala de Impacto de um Evento - Revista (Weiss, 2004; versão portuguesa: Castanheira et al., 2012): questionário com 22 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (de *Nada* a *Extremamente*). Pretende avaliar o nível de sofrimento decorrente de um conjunto de manifestações traumáticas associadas a um acontecimento específico, incluindo três fatores (que pretendem traduzir os três componentes da Perturbação de Stress Pós-Traumático, embora não constituam um instrumento de diagnóstico): Intrusão (pensamentos, imagens e sentimentos intensos acerca do acontecimento), Evitamento (esforços da pessoa para não pensar ou não falar sobre o acontecimento e para não se deixar afetar por ele) e Hiperativação (irritabilidade, hipervigilância e dificuldades de

concentração). A consistência interna da escala total nesta amostra foi bastante elevada (M1: $\alpha = .93$ para as mulheres e $\alpha = .94$ para os homens; M2: $\alpha = .90$ para as mulheres e $\alpha = .92$ para os homens). Pontuações mais elevadas refletem maior intensidade do sofrimento associado às manifestações traumáticas, tendo a pontuação total (calculada a partir da média de todos os itens) de 1.50 sido considerada como ponte de corte para identificar a presença de sintomatologia clinicamente significativa (Creamer, Bell, & Failla, 2003).

Análises estatísticas

Os dados deste estudo foram analisados no *software Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17. Em termos de estatísticas descritivas, foram calculadas as frequências, as médias e os desvios-padrão dos dados sociodemográficos e clínicos. As análises efetuadas corresponderam a testes de qui-quadrado, sendo apresentado o coeficiente Phi (efeitos pequenos: $\phi > .10$, efeitos médios: $\phi > .30$, efeitos grandes: $\phi > .50$; Ellis, 2010). O nível de significância considerado foi de .05.

RESULTADOS

A Tabela 02 mostra a percentagem de mulheres, homens e casais (ou seja, ambos os membros) que apresentaram reações clinicamente significativas de luto e de trauma em cada um dos momentos de avaliação, bem como o seu percurso de adaptação.

Tabela 02. Percentagem de mulheres, de homens e de casais que manifestaram reações clinicamente significativas de luto e de trauma após a IMG

	Luto			Trauma		
	Mulheres	Homens	Casais	Mulheres	Homens	Casais
M1	21.7%	0.0%	0.0%	17.4%	22.7%	4.5%
M2	21.7%	0.0%	0.0%	14.3%	9.5%	4.8%
Apenas M1	8.7%	0.0%	-	9.5%	10.0%	-
Apenas M2	8.7%	0.0%	-	9.5%	5.0%	-
M1 e M2	13.0%	0.0%	-	4.8%	5.0%	-
Nunca	69.6%	100.0%	-	76.2%	80.0%	-

Relativamente à sintomatologia de luto, tanto no M1 (teste de Fisher: $p = .049$, $\phi = -.35$) como no M2 (teste de Fisher: $p = .049$, $\phi = -.35$), as mulheres têm uma tendência significativamente superior à dos homens para apresentar reações clinicamente significativas. Atendendo a que nenhum dos homens apresentou, em qualquer das avaliações, reações clinicamente significativas de luto, a nossa amostra não incluiu casais em que ambos os membros apresentassem reações clinicamente significativas de luto. Tal como mostra a Tabela 02, a percentagem de mulheres e de homens com reações clinicamente significativas de luto não variou em função do tempo. Verificaram-se diversos percursos de adaptação entre as mulheres, sendo o mais frequente o de apresentar reações não clinicamente significativas em ambos os momentos de avaliação ($n = 16$). Enquanto duas mulheres melhoraram e outras duas pioraram com o passar do tempo, três mulheres apresentaram reações clinicamente significativas de luto em ambos os momentos – ou seja, 60.0% das mulheres que apresentaram reações clinicamente significativas de luto em M2 já tinham apresentado respostas semelhantes na primeira avaliação. Por seu lado, todos os homens apresentaram o mesmo percurso de adaptação, pelo facto de as suas pontuações se terem situado abaixo do ponto de corte em ambos os momentos.

Relativamente às reações clinicamente significativas de trauma, não houve diferenças de género, quer no M1 (teste de Fisher: $p = .722$, $\phi = .07$), quer no M2 (teste de Fisher: $p = 1.00$, $\phi = -.07$). Em ambos os momentos, verificou-se que, num casal, ambos os membros apresentaram reações clinicamente significativas de trauma. Entre M1 e M2, não houve diferenças significativas na prevalência de reações clinicamente significativas de trauma, quer para as mulheres (teste de Fisher: $p = 1.00$, $\phi = -.03$), quer para os homens (teste de Fisher: $p = .412$, $\phi = -.18$). Para ambos os géneros, o percurso de adaptação mais frequente incluiu a apresentação de reações não clinicamente significativas de trauma em ambos os momentos. Uma mulher e um homem manifestaram reações clinicamente significativas de trauma no M1 e M2. Desta forma, 33.3% das mulheres e 50.0% dos homens que apresentaram reações clinicamente significativas de trauma no M2, já tinham apresentado respostas semelhantes na primeira avaliação.

Em ambos os momentos de avaliação, houve três mulheres (M1: 13.0%, M2: 14.3%) a manifestar simultaneamente reações clinicamente significativas de luto e de trauma. Entre as mulheres, não houve diferenças significativas na prevalência de reações clinicamente significativas atendendo ao tipo de sintomatologia (luto vs. trauma) no M1 (teste de Fisher: $p = 1.00$, $\phi = -.06$) e no M2 (teste de Fisher: $p = .701$, $\phi = -.10$). No caso dos homens, a probabilidade de manifestar reações clinicamente significativas de trauma foi significativamente superior (teste de Fisher: $p = .048$, $\phi = .36$) à de manifestar reações clinicamente significativas de luto no M1. Já no M2, não houve diferenças significativas (teste de Fisher: $p = .222$, $\phi = .23$).

CONCLUSÕES

À semelhança de estudos desenvolvidos noutros países (Davies et al., 2005; Kersting et al., 2007, 2009; Korenromp, 2006), o nosso trabalho assinala que, para uma percentagem considerável de pessoas, a IMG se associa a reações clinicamente significativas de luto e de trauma no primeiro ano após a perda.

Relativamente à sintomatologia de luto, para as mulheres, as prevalências do nosso estudo são inferiores às prevalências encontradas por Davies et al. (2005), apesar de o método e o momento de avaliação serem semelhantes. No caso dos homens, as prevalências que encontramos são comparáveis às de Korenromp (2006), embora haja discrepâncias entre as investigações ao nível do método e do momento de avaliação. Esta autora foi a única, que tenhamos conhecimento, a avaliar a prevalência de reações clinicamente significativas de luto em ambos os membros do casal, tendo obtido valores (1.1%, 0.0% e 1.1%, respetivamente quatro, oito e 16 meses após a IMG) semelhantes aos nossos.

Relativamente à sintomatologia de trauma, é importante ressaltar que, nas várias investigações que encontramos, os métodos de avaliação diferem, o que dificulta as comparações entre estudos. No caso das mulheres, os nossos valores tendem a ser substancialmente inferiores aos dos estudos prévios. Inversamente, no caso dos homens, as prevalências que encontramos aproximam-se dos valores indicados por Korenromp (2006), apesar das diferenças nos momentos de avaliação de cada estudo. De novo, apenas esta autora, tanto quanto sabemos, avaliou a prevalência de reações clinicamente significativas de trauma em ambos os membros do casal (16.9%, 5.6% e 0.0%, respetivamente quatro, oito e 16 meses após a IMG), que se aproxima largamente das nossas, apesar de ser mais elevada na primeira avaliação.

Na comparação das reações dos dois membros do casal, apenas podemos reger-nos pelo estudo de Korenromp (2006), cujos resultados diferiram dos nossos: enquanto esta autora identificou diferenças de género na prevalência de reações clinicamente significativas de trauma (superior entre as mulheres), mas não na das de luto, os nossos resultados ilustram o padrão inverso. Note-se, no

entanto, que, num estudo posterior com o mesmo método de avaliação mas incluindo uma amostra maior, a qual englobou casais completos e algumas mulheres cujos parceiros não participaram no estudo, a mesma autora identificou diferenças de género na prevalência de reações clinicamente significativas de luto quatro meses após a IMG (mulheres: 9.7%, homens: 2.4%; Korenrump et al., 2007). A influência significativa do género na intensidade da sintomatologia de luto perinatal (sem considerar a prevalência de reações clinicamente significativas) tem sido consistentemente demonstrada em diversos estudos na área das perdas reprodutivas (Brier, 2008; Toedter et al., 2001), sendo designada como luto incongruente (Gilbert, 1989). Estas diferenças parecem ser explicadas por diferentes fatores, incluindo a maior ligação das mulheres ao bebé, proporcionada pela vivência física da gravidez (Brier, 2008); a vivência física da perda, exclusiva das mulheres (Desrochers, 2011); as normas sociais, que atribuem aos homens um papel protetor e os dissuadem de expressar abertamente as suas emoções (Locock & Alexander, 2006); e o regresso mais rápido dos homens às rotinas diárias, incluindo as profissionais (Korenromp, Iedema-Kuiper, van Spijker, Christiaens, & Bergsma, 1992). No caso da sintomatologia de trauma, a medida de efeito do nosso estudo mostra que as possíveis diferenças entre os géneros são muito pequenas. Esta semelhança de respostas, embora contrária aos estudos de Korenrump (2006; Korenrump et al., 2007), pode dever-se ao facto de ambos os membros do casal serem expostos a um acontecimento repentino, irreversível e atípico, características que aumentam o potencial traumático de um evento (Tedeschi & Calhoun, 1995). O nível de incongruência entre a ocorrência da morte do bebé e as crenças individuais pode ser semelhante entre os dois membros do casal, atendendo a que a partilha de perspetivas de vida fomenta a atração interpessoal, podendo estar na base do desenvolvimento das relações interpessoais (Regan, 2011).

O nosso estudo avaliou também a influência do tempo na prevalência de reações clinicamente significativas de luto e de trauma. Não identificámos diferenças significativas para nenhum dos géneros ou dos tipos de sintomatologia, embora devamos sublinhar que, no caso da prevalência de reações clinicamente significativas de trauma, a diminuição que se verificou para os homens entre os dois momentos de avaliação corresponde a um efeito pequeno. A análise dos percursos de adaptação reflete também a tendência para a estabilidade, mostrando que, para mais de 80.0% da amostra, não se verificaram diferenças entre os dois momentos de avaliação (isto é, as pessoas apresentaram reações não clinicamente significativas ou clinicamente significativas nos dois semestres). Dois estudos anteriores mostraram, dos 14 dias para os seis meses após a IMG, uma diminuição significativa das prevalências de reações clinicamente significativas entre as mulheres, tanto na sintomatologia de luto (Kersting et al., 2007), como na sintomatologia de trauma (Kersting et al., 2009). Mais uma vez, as diferenças nos métodos de avaliação utilizados podem explicar a inconsistência dos resultados.

É particularmente importante sublinhar a elevada percentagem (variando entre 33.3% e 60.0%) de pessoas com reações clinicamente significativas na segunda avaliação que já tinham demonstrado respostas clinicamente significativas durante o primeiro semestre após a IMG. Esta tendência foi também verificada num estudo anterior. Relativamente à sintomatologia de luto, um estudo com avaliações quatro, oito e 16 meses após a IMG demonstrou que, de entre os 9.5% de mulheres que manifestaram reações clinicamente significativas no primeiro momento de avaliação, mais de um terço continuou a demonstrar esse tipo de respostas em pelo menos uma das avaliações subsequentes (especificamente, 14.3% apresentaram pontuações acima do ponto de corte em todas as avaliações e 21.4% manifestaram-nas na primeira e na terceira avaliações; Korenrump, Page-Christiaens, van den Bout, Mulder, & Visser, 2009). Cerca de 2.0% das mulheres deste estudo apresentaram reações clinicamente significativas de luto tardias, na medida em que se verificaram oito meses após a IMG, sem que se tivessem manifestado na primeira avaliação. No nosso estudo, o valor encontrado foi ligeiramente superior (8.7%). Relativamente à sintomatologia de trauma, Korenrump et al. (2009) verificaram que mais de dois terços das mulheres que apresentavam uma pontuação acima do ponto de corte quatro meses após a IMG mantiveram este valor em pelo menos uma das avaliações subsequentes (especificamente, 32.8% apresentaram pontuações acima do ponto de corte em todas

as avaliações e 35.8% manifestaram-nas na primeira e na terceira avaliações). Adicionalmente, estes autores salientaram a existência de reações tardias em 7.5% da amostra, um valor comparável ao que foi encontrado no nosso estudo.

Que tenhamos conhecimento, nenhum estudo prévio procurou comparar a prevalência de reações clinicamente significativas atendendo ao tipo de sintomatologia. Os nossos resultados indicaram-nos que, no primeiro semestre, a probabilidade de os homens manifestarem reações clinicamente significativas de trauma é significativamente superior à de manifestarem reações clinicamente significativas de luto. Durante o segundo semestre após a IMG, esta tendência masculina mantém-se de forma menos acentuada, traduzida num efeito pequeno. Já entre as mulheres, parece verificar-se a tendência oposta, sendo mais provável que surjam reações clinicamente significativas de luto do que de trauma. Mais uma vez, trata-se de um efeito pequeno. Estes dados acentuam, uma vez mais, a importância de considerar não apenas a dimensão da perda associada à experiência de IMG, como também o seu potencial traumático. Assim, a avaliação psicológica deve contemplar tanto a avaliação da intensidade da sintomatologia de luto, como a avaliação da intensidade da sintomatologia de trauma.

É relevante salientar também a existência de mulheres que, em ambos os semestres, apresentaram reações clinicamente significativas de luto e de trauma. Embora estas mulheres constituam uma pequena minoria, a existência de comorbidade é particularmente importante, na medida em que a presença de sintomatologia de trauma pode dificultar o processo de luto (Raphael, Martinek, & Wooding, 2004; Stroebe, Schut, & Finkenauer, 2001). Atendendo a que este processo exige que a pessoa adote crenças que permitam incorporar a ocorrência da perda, a intervenção psicológica poderá ter de focar-se primeiramente na sintomatologia de trauma, antes de abordar a sintomatologia de luto (Rando, 1993; Worden, 2008).

Os resultados do presente trabalho acentuam a necessidade de disponibilizar acompanhamento psicológico aos casais que lidam com a experiência de IMG. É importante avaliar ambos os membros do casal, atendendo a que, apesar da maior tendência das mulheres para apresentar reações clinicamente significativas (especificamente, reações de luto), ambos os géneros podem manifestar sintomatologia de trauma relevante. Diversos estudos anteriores procuraram identificar os preditores da sintomatologia de luto e de trauma. Há diversos fatores que parecem aumentar o risco de apresentar respostas intensas, incluindo religiosidade (Korenromp et al., 2007), idade gestacional mais avançada aquando da IMG (Davies et al., 2005; Korenromp et al., 2007), existência de dúvidas durante o processo de tomada de decisão (Korenromp et al., 2007) e existência de sentimentos de culpa em relação à decisão de interromper a gravidez (Nazaré, Fonseca, & Canavarro, no prelo). Por outro lado, foram identificados como fatores protetores a perceção de apoio social (Kersting et al., 2007; em particular, da parte do parceiro; Korenromp et al., 2007) e a perceção de autoeficácia (Korenromp et al., 2007). Estes resultados sinalizam alguns dos aspetos que devem ser avaliados nos casais que lidam com uma IMG, de maneira a identificar aqueles que estão em maior risco de manifestar dificuldades de adaptação à perda. Adicionalmente, estes resultados sublinham a importância de focar a intervenção psicológica na promoção de alguns fatores que podem constituir recursos pessoais importantes durante esta etapa. Esta intervenção deve ser tão precoce quanto possível, de maneira a evitar que os níveis clinicamente significativos de sintomatologia de luto e de trauma se manifestem e/ou se prolonguem.

Por fim, importa enumerar duas limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, o reduzido tamanho da amostra condicionou o poder do estudo para identificar efeitos pequenos. Em segundo lugar, as prevalências de reações clinicamente significativas de luto e de trauma podem estar subestimadas, considerando que um dos motivos apresentados pelos casais para recusar a participação no estudo se prendeu com a dificuldade em falar sobre a experiência de IMG.

Em conclusão, a IMG é um acontecimento de vida que representa diversas perdas e que possui um potencial traumático considerável, pelo que os casais que lidam com este evento devem dispor de acompanhamento psicológico sempre que necessário.

AGRADECIMENTOS

Este estudo enquadra-se no projeto “Decisões reprodutivas e adaptação face a um diagnóstico de anomalia congénita do bebé durante a gravidez ou após o nascimento”, do grupo de investigação Relações, Desenvolvimento & Saúde da Unidade de I&D Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra (PEst-OE/PSI/UI0192/2011). Bárbara Nazaré e Ana Fonseca são bolsistas de Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (SFRH/BD/43204/2008 e SFRH/BD/47053/2008, respetivamente).

CONTACTO PARA CORRESPONDÊNCIA

Bárbara Nazaré: abarbaravn@gmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bijma, H. H., van der Heide, A., & Wildschut, H. I. J. (2007). Decision-making after ultrasound diagnosis of fetal abnormality. *European Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, 3, 89-95. doi:10.1007/s11296-007-0070-0
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: A comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17, 451-464. doi:10.1089/jwh.2007.0505
- Callister, L. C. (2006). Perinatal loss: A family perspective. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 20, 227-234.
- Castanheira, C., Vieira, V., Frade, B., Pacheco, D., Fonseca, E., & Rocha, J. C. (2012, março). *Materializando o trauma: Validação portuguesa da Escala de Impacto de Eventos Revista (IES-R)*. Comunicação apresentada no congresso “O luto em Portugal”, Aveiro.
- Creamer, M., Bell, R., & Failla, S. (2003). Psychometric properties of the Impact of Event Scale – Revised. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1489-1496. doi:10.1016/j.brat.2003.07.010
- Davies, V., Gledhill, J., McFayden, A., Whitlow, B., & Economides, D. (2005). Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters: A pilot study. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 25, 389-392. doi:10.1002/uog.1854
- Desrochers, J. N. (2011). *The psychosocial impact of termination of pregnancy for fetal anomaly on the male partner* (Tese de mestrado não publicada). Brandeis University, Waltham, MA, Estados Unidos da América.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de abril: Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2011*. Lisboa: Edição de autor.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gilbert, K. (1989). Interactive grief and coping in the marital dyad. *Death Studies*, 13, 605-626. doi:10.1080/07481188908252336
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Hoernig-Franz, I., Wesselmann, U., Luedorff, K., ... Suslow, T. (2009). Psychological impact on women after second and third trimester termination of pregnancy due to fetal anomalies versus women after preterm birth: A 14-month follow up study. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 193-201. doi:10.1007/s00737-009-0063-8

- Kersting, A., Kroker, K., Steinhard, J., Lüdorff, K., Wesselmann, U., Ohrmann, P., ... Suslow, T. (2007). Complicated grief after traumatic loss: A 14-month follow up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 437-443. doi:10.1007/s00406-007-0743-1
- Kolker, A., & Burke, B. M. (1993). Grieving the wanted child: Ramifications of abortion after prenatal diagnosis of abnormality. *Health Care for Women International*, 14, 513-526. doi:10.1080/07399339309516081
- Korenromp, M. J. (2006). *Parental adaptation to termination of pregnancy for fetal anomalies* (Dissertação de doutoramento não publicada). University Utrecht, Utrecht, Holanda.
- Korenromp, M. J., Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Bilardo, C. M., ... Visser, G. H. A. (2005). Psychological consequences of termination of pregnancy for fetal anomaly: Similarities and differences between partners. *Prenatal Diagnosis*, 25, 1226-1233. doi:10.1002/pd.1307
- Korenromp, M. J., Iedema-Kuiper, H. R., van Spijker, H. G., Christiaens, G. C. M. L., & Bergsma, J. (1992). Termination of pregnancy on genetic grounds: Coping with grieving. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 13, 93-105.
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., Hunfeld, J. A. M., Potters, C. M. A. A., ... Visser, G. H. A. (2007). A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies. *Prenatal Diagnosis*, 27, 709-716. doi:10.1002/pd.1763
- Korenromp, M. J., Page-Christiaens, G. C. M. L., van den Bout, J., Mulder, E. J. H., & Visser, G. H. A. (2009). Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: A longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 201, 160.e1-160.e7. doi:10.1016/j.ajog.2009.04.007
- Lalor, J., Begley, C. M., & Galavan, E. (2009). Recasting hope: A process of adaptation following fetal anomaly diagnosis. *Social Science & Medicine*, 68, 462-472. doi:10.1016/j.socscimed.2008.09.069
- Locock, L., & Alexander, J. (2006). "Just a bystander"? Men's place in the process of fetal screening and diagnosis. *Social Science and Medicine*, 62, 1349-1359. doi:10.1016/j.socscimed.2005.08.011
- McCoyd, J. L. M. (2007). Pregnancy interrupted: Loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28, 37-48. doi:10.1080/01674820601096153
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (no prelo). Trauma following termination of pregnancy for fetal abnormality: Is this the path from guilt to grief? *Journal of Loss and Trauma*. doi:10.1080/15325024.2012.743335
- Potvin, L., Lasker, J., & Toedter, L. (1989). Measuring grief: A short version of the Perinatal Grief Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 29-42. doi:10.1007/BF00962697
- Rando, T. A. (1993). *The treatment of complicated mourning*. Champaign, IL: Research Press.
- Raphael, B., Martinek, N., & Wooding, S. (2004). Assessing traumatic bereavement. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 492-510). New York: The Guilford Press.
- Regan, P. (2011). *Close relationships*. New York: Routledge.
- Rocha, J. C. F. C. da (2004). *Factores psicológicos da mulher face à interrupção médica da gravidez* (Dissertação de doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Sandelowski, M., & Barroso, J. (2005). The travesty of choosing after positive prenatal diagnosis. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34, 307-318. doi:10.1177/0884217505276291.
- Sommerseth, E., & Sundby, J. (2010). Women's experiences when ultrasound examinations give unexpected findings in the second trimester. *Women and Birth*, 23, 111-116. doi:10.1016/j.wombi.2010.01.001
- Statham, H., Solomou, W., & Chitty, L. (2000). Prenatal diagnosis of fetal abnormality: Psychological effects on women in low-risk pregnancies. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14, 731-747. doi:10.1053/beog.2000.0108
- Stroebe, M., Schut, H., & Finkenauer, C. (2001). The traumatization of grief? A conceptual framework for understanding the trauma-bereavement interface. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 185-201.

- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks: SAGE.
- Toedter, L. J., Lasker, J. N., & Janssen, H. J. E. M. (2001). International comparison of studies using the Perinatal Grief Scale: A decade of research on pregnancy loss. *Death Studies, 25*, 205-228. doi:10.1080/07481180125971
- Weiss, D. S. (2004). The Impact of Event Scale - Revised. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 168-189). New York: The Guilford Press.
- White-Van Mourik, M. C. A., Connor, J. M., & Ferguson-Smith, M. A. (1992). The psychosocial sequelae of a second-trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenatal Diagnosis, 12*, 189-204. doi:10.1002/pd.1970120308
- Worden, J. W. (2008). *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). Hove: Brunner-Routledge.