

Avaliação da Sintomatologia Psicopatológica e do suporte social após uma perda perinatal

Mariana Inês Ribeiro Carneiro

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutora Paula Susana Loureiro Saraiva de Carvalho

junho de 2025

Declaração de Integridade

Eu, Mariana Inês Ribeiro Carneiro, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição a43838 de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 05/06 /2025

Agradecimentos

Chegada ao fim desta etapa, olho para trás com gratidão por tudo o que vivi ao longo destes últimos seis anos. Foram muitos os que, de uma forma ou de outra, me acompanharam neste percurso, e a todos deixo aqui o meu sincero agradecimento.

À Universidade da Beira Interior e aos seus professores, agradeço o conhecimento transmitido, a disponibilidade demonstrada e o acolhimento ao longo destes anos.

À minha orientadora, Professora Doutora Paula Saraiva de Carvalho, obrigada pela atenção aos pormenores, pela partilha de conhecimento, pela presença constante e pela paciência com que sempre me orientou.

À Mariana Duarte, o meu muito obrigada pela ajuda generosa, pela atenção e pelo apoio tão importantes para que esta investigação se concretizasse.

Aos meus pais, que com tanto orgulho me permitiram realizar este percurso e me apoiaram em cada passo, obrigada por estarem sempre presentes. À minha irmã Rita, ao meu cunhado David, às minhas primas Bia e Inês, e ao meu namorado Luís, obrigada pela ajuda nas revisões infinitas deste trabalho, pela paciência nos momentos mais difíceis e por todo o carinho ao longo deste caminho.

Às minhas amigas e amigos, obrigada pela amizade, pelas conversas, pelo apoio mútuo e pelas memórias que levo comigo.

E, finalmente, um agradecimento muito especial a todas as pessoas que tornaram este estudo possível ao responderem ao questionário e partilharem, com generosidade, parte da sua história.

A todos, o meu mais profundo e sentido obrigada por terem feito parte de um dos percursos mais bonitos da minha vida!

Resumo

Introdução: A perda perinatal, definida como qualquer perda ocorrida durante a gravidez até aos primeiros 28 dias após o nascimento, é um evento inesperado, de grande impacto emocional, que pode causar sintomatologia psicopatológica. A desvalorização social associada a esta perda pode dificultar o luto e a procura a apoio adequado. Com este estudo, pretende-se avaliar a sintomatologia psicopatológica e o suporte social percebido em mulheres que experienciaram uma perda perinatal, e explorar possíveis associações entre estas dimensões.

Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional, com uma amostra de 41 mulheres. Utilizaram-se o Brief Symptom Inventory (BSI-18) e a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS).

Resultados: Os resultados revelaram níveis moderados de sintomatologia psicopatológica: ansiedade (M = 6.90), depressão (M = 6.71) e baixos níveis de somatização (M = 3.95), com um índice global de 17.56. O suporte social percebido foi elevado: família (M = 5.71), amigos (M = 5.38), outros significativos (M = 6.30) e total (M = 5.80). Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre os resultados do BSI-18 e da MSPSS.

Conclusão: Apesar dos níveis elevados de suporte social percebido, estes não se associaram significativamente à sintomatologia psicopatológica, enfatizando a complexidade do luto perinatal e a necessidade de uma abordagem clínica cuidadosa, que vá além do apoio fornecido por familiares e amigos. Os dados reforçam a importância da formação de profissionais de saúde para uma resposta empática e informada e da criação de protocolos clínicos formais. Futuros estudos deverão incluir amostras mais diversificadas e perspetivas masculinas, e recorrer a metodologias longitudinais, de modo a avaliar a evolução do luto e a eficácia de intervenções especializadas.

Palavras-chave

Perda Perinatal; Luto; Sintomatologia Psicopatológica; Suporte Social

Abstract

Introduction: Perinatal loss, defined as any loss occurring during pregnancy up to the first 28 days after birth, is an unexpected event with a significant emotional impact that may lead to the development of psychopathological symptoms. The social devaluation often associated with this type of loss can hinder the grieving process and the search for adequate support. This study aims to assess psychopathological symptoms and perceived social support among women who experienced perinatal loss, and to explore potential associations between these dimensions.

Materials and Methods: A quantitative, cross-sectional, and correlational study was conducted with a sample of 41 women. Data were collected using the *Brief Symptom Inventory* (BSI-18) and the *Multidimensional Scale of Perceived Social Support* (MSPSS).

Results: Findings showed moderate levels of psychopathological symptoms: anxiety (M = 6.90), depression (M = 6.71), and low levels of somatization (M = 3.95), with a global severity index of 17.56. Perceived social support was high: family (M = 5.71), friends (M = 5.38), significant others (M = 6.30), and overall (M = 5.80). No statistically significant correlations were found between BSI-18 and MSPSS scores.

Conclusion: Despite high levels of perceived social support, no significant associations were identified with psychopathological symptomatology, emphasizing the complexity of perinatal grief and the need for a clinical approach that goes beyond informal support. These results highlight the importance of training healthcare professionals for an empathetic and informed response and developing formal clinical protocols. Future research should include more diverse samples, incorporate male perspectives, and adopt longitudinal methodologies to evaluate the progression of grief and the effectiveness of specialized interventions.

Keywords

Perinatal Loss; Grief; Psychopathological Symptomatology; Social Support

Índice

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Palavras-chave.....	vii
Abstract.....	ix
Keywords.....	ix
Índice.....	xi
Lista de Tabelas.....	xii
Lista de Acrónimos.....	xiv
1. Introdução.....	1
1.1. Objetivos do trabalho.....	5
2. Materiais e Métodos.....	6
2.1. Tipo de estudo e População alvo.....	6
2.2. Instrumentos.....	6
2.3. Procedimentos.....	7
2.4. Análise estatística.....	8
3. Resultados.....	9
3.1. Caracterização Sociodemográfica.....	9
3.2. Características relacionadas com a perda.....	10
3.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18).....	11
3.4. Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido(MSPSS).....	12
3.5. Análise inferencial.....	13
3.5.1. Correlação de Spearman.....	13
3.5.2. Teste de Kruskal-Wallis.....	14
3.5.3. Teste de Mann-Whitney.....	15
4. Discussão.....	17
4.1. Limitações e Contributos.....	19
5. Conclusão.....	21
Bibliografia.....	22
Anexos.....	26
Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da UBI.....	26

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas das participantes (N=41).....	10
Tabela 2 - Características relacionadas com a perda.....	11
Tabela 3 - Estatística descritiva dos resultados obtidos pelo BSI-18.....	12
Tabela 4 - Estatística descritiva dos resultados obtidos pela MSPSS.....	13
Tabela 5 - Relação entre o BSI-18 e as variáveis sociodemográficas.....	14
Tabela 6 - Relação entre o BSI-18 e a MSPSS.....	14
Tabela 7 - Teste de diferenças da variável sintomatologia psicopatológica em função da variável estado civil.....	15
Tabela 8 - Teste de diferenças da variável sintomatologia psicopatológica em função da variável situação profissional.....	15
Tabela 9 - Teste de diferenças da variável sintomatologia psicopatológica em função da variável número de perdas.....	16

Lista de Acrónimos

BSI-18	Brief Symptom Inventory 18
CE-UBI	Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior
DGS	Direção-Geral da Saúde
FIV	Fertilização in Vitro
IGG	Índice de Gravidade Global
MSPSS	Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido
OMS	Organização Mundial da Saúde
SPOMMF	Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal
UBI	Universidade da Beira Interior
ULS	Unidade Local de Saúde

1. Introdução

A perda perinatal é caracterizada por um acontecimento inesperado que causa um luto intenso e traumático, podendo mesmo tornar-se patológico (1). Na sociedade, existem termos para designar a morte do cônjuge viúvo/a ou dos pais órfão. No entanto, quando morre um filho, não existe um termo específico para essa condição, pois, aos olhos da comunidade trata-se de algo contranatura.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu que morte perinatal inclui o período desde as 22 semanas de gestação até aos primeiros 28 dias após o nascimento (2). Porém, alguns autores estendem a definição de morte perinatal àquela que ocorre a qualquer momento durante a gestação até ao primeiro mês de vida (2), englobando o aborto espontâneo, nados-mortos, a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez e a interrupção voluntária da gravidez (3). O aborto espontâneo é a razão mais comum para uma perda gestacional (4), referindo-se à perda de uma gravidez antes das 20 semanas de gestação e estima-se que ocorra em aproximadamente 10% a 15% de todas as gestações (1). O conceito de nado-morto corresponde a uma perda após as 20 semanas de gestação que pode ocorrer antes ou durante o parto (5). A morte neonatal é definida como a morte de uma criança nos primeiros 28 dias de vida (4). As mortes fetais associam-se mais frequentemente a complicações obstétricas ou relacionadas com o trabalho de parto, a comorbilidades maternas, e numa percentagem considerável, a causa não chega a ser determinada (3). As mortes neonatais ocorrem principalmente devido a malformações, prematuridade, complicações obstétricas ou intercorrências do parto, dificuldades de adaptação à vida extrauterina e infeções após o parto (3).

As últimas estimativas publicadas revelam que ocorreram 2,3 milhões de mortes de recém-nascidos e 1,9 milhões de nados-mortos (6). A grande maioria destas mortes (95%) ocorrem em países de baixa e média renda, contudo, a perda perinatal continua a ser um problema significativo para a saúde em países de alta renda (6). O sul da Ásia e a África Subsariana são as regiões que registam o maior número de mortes (7). Com os avanços na medicina, a prevalência de perda perinatal tem vindo a diminuir ao longo dos anos, mas, durante a última década o progresso global na redução da mortalidade perinatal abrandou (6). Em Portugal, no ano de 2022, registaram-se 138 óbitos neonatais e 326 óbitos fetais (8).

A maioria dos autores define o período de “luto normal” de 12 meses após a perda, apesar de outros estenderem este período até aos 2 anos (3,9,10). A perda perinatal é diferente de qualquer outra, afetando negativamente os pais não apenas física e

emocionalmente, como também afeta a dinâmica familiar e o ambiente social em que estão inseridos. Para os pais, a perda do seu bebê está associada a perdas significativas em outras dimensões, nomeadamente, a perda de identidade, papéis, expectativas, projetos futuros e a impossibilidade de exercer a parentalidade (2). Os pais podem apresentar sintomas psicopatológicos imediatamente após a perda ou a longo prazo, observando-se disparidades individuais, culturais e entre géneros. Assim, emocionalmente, são relatados com mais frequência sentimentos de tristeza, solidão, culpa, raiva, irritabilidade, vazio, ansiedade, desamparo e fracasso (3,4). Cognitivamente, os sintomas mais referidos são baixa autoestima, confusão, dificuldade de concentração e perda de memória (3). Entre 15% a 25% dos pais chegam mesmo a vivenciar sintomas como ansiedade, depressão ou stress pós-traumático (10). Um estudo conduzido por Buskmiller et al. (2023) indica que aproximadamente um terço dos participantes cumpre os critérios para diagnóstico de stress pós-traumático um mês após a perda, reduzindo-se para 18% nove meses após a perda. As taxas de ansiedade são de 24% e 17%, respetivamente, e as de depressão de 11% e 6% após a perda (11).

Alguns estudos mais antigos indicam que as mulheres sofrem mais intensamente do que os homens, perante a perda de um bebê, no entanto pesquisas mais recentes sugerem que a dor dos homens difere em estilo e não em intensidade da das mulheres (2). De uma forma geral, a mãe tende a viver um luto mais intenso, uma vez que pode ter uma relação mais forte com o bebê, e ao facto de vivenciar fisicamente a perda e por isso, manifestar um maior sentimento de culpa, sobretudo quando a causa médica para a perda não é identificada. Já o homem, geralmente, tende menos a exibir reações emocionais externamente, apresentando uma resposta ao luto mais controlada, por sentir a necessidade de desempenhar um papel de força, compreensão e apoio à sua parceira (3,12,13). Consequentemente, os homens são mais propensos a adotarem comportamentos compensatórios, como o aumento do consumo de álcool (2). A perda perinatal pode tornar-se numa pressão adicional para a relação conjugal, perante estas disparidades ou então, servir de estímulo para fortalecer o vínculo do casal, como sugere o estudo feito por Fernández-Sola et al. (14).

Várias pesquisas anteriores identificaram fatores de risco que influenciam a reação emocional à perda, aumentando a vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças mentais. Entre eles, a existência de perturbação psiquiátrica prévia, idade gestacional mais avançada no momento da perda, pouca satisfação ou apoio conjugal, a falta de apoio social, casais com história de infertilidade e não ter outros filhos vivos (12,15,16), apesar de outros estudos referirem que ter filhos não reduz necessariamente o impacto da perda perinatal (17). Por sua vez, a facilidade em falar abertamente sobre a perda, compartilhar experiências

personais com outras pessoas e as crenças religiosas são fatores de proteção no desenvolvimento de um luto complicado (15,18).

O suporte social que os pais recebem após uma perda perinatal é determinante, dado que pode influenciar o processo de luto, assim como o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos. O reconhecimento do luto por parte dos familiares e/ou amigos, que estão em contacto direto com os pais antes e após a alta, e pelos profissionais de saúde é um dos passos fundamentais para lidar com a perda (19). Contudo, a desinformação da rede de apoio face à perda e a desvalorização da mesma, considerando esta menos significativa do que a morte de uma criança mais velha ou de um adulto, enfatizam a falta de recursos com que o casal enfrenta nestas situações, e fazem com que os pais não procurem a ajuda que precisam muitas das vezes (3,20).

A perda perinatal é, muitas das vezes, vista como um problema exclusivo das mulheres e conseqüentemente, os homens relatam o sentimento de serem excluídos desta experiência, piorando o seu luto (20). Por isso, é fundamental uma abordagem holística sensível às necessidades individuais de cada um, de maneira a evitar suposições baseadas nas expressões externas do luto dos pais, dado que estes podem exprimir os seus sentimentos de diversas maneiras. Esta abordagem deve ser centrada na família tendo em conta as suas necessidades pessoais, culturais, espirituais e religiosas (9,20).

A maneira como os profissionais de saúde comunicam a perda aos pais pode afetar a saúde mental, assim como o processo de luto. O tratamento psicossocial imediato após a morte perinatal inclui criar um clima de confiança e fornecer informações com clareza, de forma empática. Também é importante dar tempo aos pais para processarem as informações e espaço para partilharem os seus sentimentos (9,20). A utilização excessiva de termos médicos e descrições ambíguas, assim como o desejo dos pais em saber a causa da morte são obstáculos para uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e o casal, podendo gerar incompreensão e sofrimento (18,21).

A intervenção dos profissionais de saúde após uma perda perinatal revela-se complexa e desafiante. Muitos enfermeiros e parteiras referem sentir-se inseguros quanto à criação de memórias significativas do bebé para os pais, ou consideram não possuir competências adequadas em aconselhamento no contexto do luto (22). Estratégias de coping, como a oferta de recordações ou a sugestão de fotografias, são ainda pouco utilizadas nos contextos hospitalares. Num estudo, apenas 20% das parteiras indicaram já ter sugerido tirar uma fotografia ao bebé, enquanto outros 20% admitiram nunca ter oferecido qualquer tipo de lembrança (22).

Em relação aos rituais de despedida, a literatura está dividida se é benéfico ou não para os pais terem a oportunidade de ver, nomear e segurar o seu filho falecido. Alguns estudos defendem que estes rituais de despedida ajudam os pais no processo de luto, uma vez que sentem que estão a honrar a criança que não viveu (18). Outros estudos contrariam estas práticas e associam-nas a um aumento de depressão, ansiedade e stress pós-traumático (1,9,18). Por isso, os profissionais de saúde devem dar essa possibilidade de escolha aos pais, respeitando a sua autonomia, levando em consideração as variações culturais e religiosas (20).

É necessário, ainda, desenvolver políticas que deem ao feto ou bebé falecido o direito de ser registado e ter uma identidade ou nome (14). Em Portugal, é obrigatório o registo de morte fetal para fetos com 22 semanas de gestação ou mais, mas a atribuição de um nome próprio não está prevista explicitamente na legislação, podendo ser aceite mediante solicitação dos pais, dependendo da prática das conservatórias (23,24).

Apesar da perda perinatal ser cada vez mais reconhecida como uma vivência de luto profundamente dolorosa, Portugal continua sem dispor de uma norma formal emitida pela Direção-Geral da Saúde (DGS) que se dedique exclusivamente à sua abordagem. Ainda assim, têm vindo a ser desenvolvidas iniciativas e orientações parciais que evidenciam uma crescente preocupação com a humanização dos cuidados em contexto de perda gestacional ou neonatal. Um exemplo disso é a norma de orientação clínica sobre perda gestacional recorrente, publicada pela Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF), que, embora focada sobretudo nos aspetos médicos, reconhece também a importância do apoio psicológico e do aconselhamento reprodutivo (25). Paralelamente, a DGS apresentou, em 2019, um modelo de intervenção para o luto prolongado em adultos, que, apesar de não ser específico para a perda perinatal, pode aplicar-se a casos em que o sofrimento se prolonga ou se torna clinicamente relevante (26). Em termos legislativos, é de salientar a integração do direito ao luto gestacional no Código do Trabalho, o que constitui um importante passo no reconhecimento institucional da carga emocional associada a este tipo de perda (27). Contudo, a ausência de um protocolo nacional formalizado para os serviços de saúde faz com que a resposta clínica varie entre instituições, ficando frequentemente dependente da sensibilidade dos profissionais ou de iniciativas locais (28). Esta disparidade revela uma falha estrutural significativa, sublinhando a urgência da implementação de políticas públicas específicas e da elaboração de orientações clínicas claras e uniformes, capazes de assegurar um acompanhamento digno, coerente e equitativo às mulheres e famílias que enfrentam uma perda perinatal.

Os resultados de uma meta-análise indicaram que a intervenção psicossocial tem um efeito reduzido sobre o luto imediatamente após a intervenção, mas revela um impacto mais significativo entre 3 a 4 meses após a intervenção psicológica (29). Assim, atendendo que os pais podem apresentar sintomas psicopatológicos imediatamente após a perda ou a longo prazo e visto que o suporte social tem um papel fundamental no processo de luto, é de extrema importância fazer o acompanhamento destas famílias a curto e a longo prazo, de maneira a triar e tratar precocemente distúrbios do foro da saúde mental (20).

1.1. Objetivos do trabalho

Este trabalho tem como principal objetivo avaliar a presença de sintomatologia psicopatológica após uma perda perinatal, assim como a perceção do apoio social no processo de luto. Secundariamente, pretende-se explorar a relação existente entre algumas variáveis sociodemográficas (idade, nível socioeconómico e habilitações académicas) e a presença de sintomatologia psicopatológica e por último, perceber se existem diferenças nos níveis de sofrimento psicopatológico em função do estado civil, situação profissional e número de perdas.

2. Materiais e métodos

2.1. Tipo de estudo e População alvo

Realizou-se um estudo transversal com o objetivo de avaliar a presença de sintomatologia psicopatológica na sequência de uma perda perinatal, assim como o suporte social percebido pelas participantes. Pretendia-se a participação voluntária de homens e mulheres que experienciaram uma ou mais perdas e que residissem na Beira Interior. No entanto, devido ao reduzido número de participantes do sexo masculino, decidiu-se contabilizar apenas os questionários respondidos por mulheres.

É um estudo observacional, de natureza quantitativa, que segue uma abordagem sistemática e objetiva, de acordo com a natureza dos dados. Estes foram obtidos através de instrumentos que possibilitam a conversão da informação em dados numéricos, permitindo descrever e testar relações entre variáveis. O estudo é ainda descritivo, analítico e correlacional, com o objetivo de identificar e compreender a interdependência entre as variáveis em análise.

2.2. Instrumentos

O presente estudo recorreu a um protocolo de recolha de dados, do qual foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico; Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18), versão Portuguesa de Nazaré, Pereira & Canavarro (2017) e a Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS), versão portuguesa de Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, & Mota-Pereira (2011).

O questionário sociodemográfico foi elaborado tendo em consideração diversas variáveis, nomeadamente a idade, o estado civil, o nível de escolaridade, a situação profissional, o nível socioeconómico (com base no rendimento total do agregado familiar), a composição do agregado familiar e o número de perdas. Foram ainda incluídas questões relativas ao distrito de residência, à causa da perda gestacional e à existência de consumo de substâncias durante a gravidez.

Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) - O BSI-18 é um instrumento de rastreio do mal-estar psicológico composto por 18 itens, distribuídos por três subescalas: Somatização, Depressão e Ansiedade, cada uma composta por seis itens. A subescala de Somatização avalia o mal-estar associado a sintomas físicos relacionados com funções

corporais reguladas automaticamente. A subescala de Depressão centra-se em sintomas característicos das perturbações depressivas, enquanto a de Ansiedade inclui manifestações associadas a estados de pânico. O total dos 18 itens gera o Índice de Gravidade Global (IGG), que reflete o nível geral de mal-estar psicológico do indivíduo. Os participantes devem indicar a intensidade com que experienciaram, nos últimos sete dias, cada um dos sintomas descritos, numa escala de resposta que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Sempre). Na versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Nazaré, Pereira e Canavarro (2017), a escala apresenta um alfa de Cronbach de 0.80 para a subescala Somatização, 0.89 para a subescala Depressão e 0.87 para a subescala Ansiedade. O alfa de Cronbach para o Índice de Gravidade Global foi de 0.93 (30). Já no presente estudo, na análise da fiabilidade foram obtidos os seguintes valores para o Alfa de Cronbach: 0.76 para a subescala Somatização, 0.87 para a subescala Depressão, 0.85 para a subescala Ansiedade e 0.92 para a escala total.

Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) - A Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) avalia a perceção subjetiva de apoio social, recolhendo informação relativa a três fontes distintas: família, amigos e outros significativos. É composta por 12 itens dos quais 4 avaliam o suporte social com origem na família, outros 4 avaliam o suporte proveniente dos amigos, e os restantes 4 o suporte social percebido proveniente de outros significativos. Existe ainda uma medida de suporte social total. As respostas são dadas numa escala de tipo Likert de 7 pontos, variando entre 1 (Discordo completamente) e 7 (Concordo completamente). Os valores de Alfa de Cronbach para as subescalas e para a escala total variaram entre 0.85 e 0.95, indicando uma boa a excelente consistência interna (31). Já no presente estudo, na análise de fiabilidade foram obtidos os seguintes valores para o Alfa de Cronbach: 0.94 para a subescala Amigos, 0.93 para a subescala Família, 0.97 para a subescala Outros Significativos e 0.94 para a escala total.

2.3. Procedimentos

O protocolo utilizado foi previamente avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (CE-UBI-Pj-2022-066), tendo sido autorizado a 15 de novembro de 2022 e aprovado pela Comissão de Ética da ULS Cova da Beira. Este protocolo insere-se dentro de uma investigação de Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde que está a ser desenvolvida no Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior (Covilhã, Portugal) (Anexo 1). A investigação assegurou a proteção dos direitos dos participantes, garantindo o anonimato e a confidencialidade das respostas recolhidas, respeitando o princípio do consentimento informado.

O link para o questionário, criado através da plataforma Google Forms, foi divulgado entre junho de 2023 e abril de 2025. Além de ter sido divulgado presencialmente também foi divulgado online através das redes sociais e páginas de apoio ao luto gestacional e neonatal. O questionário continha uma breve explicação sobre a investigação e os seus objetivos, seguido de questões sociodemográficas e clínicas relacionadas com a gravidez e a perda gestacional. Para além disso, foram incluídas escalas específicas destinadas à avaliação das variáveis em estudo.

2.4. Análise estatística

Os dados recolhidos foram analisados utilizando o software IBM SPSS Statistics (versão 30). Numa primeira fase, foram realizadas análises descritivas, com vista à caracterização da amostra, recorrendo ao cálculo de frequências absolutas e relativas, média, desvio padrão, valores mínimo e máximo. Posteriormente, tendo em conta a natureza das variáveis, foram utilizados testes não paramétricos para avaliar as associações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas e o índice global de gravidade do BSI-18. Para variáveis ordinais ou quantitativas (idade, nível socioeconómico, habilitações académicas e MSPSS) utilizou-se a correlação de Spearman. Para variáveis nominais dicotómicas (situação profissional e número de perdas) recorreu-se ao teste de Mann-Whitney, e para variáveis nominais com mais de dois grupos (estado civil) foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis. Foi adotado um nível de significância de 5% (0.05) para todas as análises.

3. Resultados

3.1. Caracterização Sociodemográfica

A amostra recolhida para a presente investigação é constituída por 41 participantes, com idades compreendidas entre os 25 e os 47 anos. A média de idades situa-se nos 36.15 anos, com um desvio padrão de 5.32 anos. Relativamente ao estado civil, 22 participantes (53.7%) indicaram ser casadas, 16 (39.0%) referiram viver em união de facto, 2 (4.9%) são solteiras e 1 (2.4%) é divorciada.

Quanto às habilitações académicas, 19 participantes (46.3%) possuem bacharelato ou licenciatura, 11 (26.8%) completaram o ensino secundário (12.º ano) e outras 11 (26.8%) concluíram o mestrado ou uma pós-graduação.

No que diz respeito à situação profissional, a maioria das participantes (N = 37; 90.2%) encontra-se empregada, enquanto 4 (9.8%) se identificaram como trabalhadoras/estudantes.

Relativamente ao distrito de residência, 28 participantes (68.3%) residem na Guarda, 11 (26.8%) em Castelo Branco e 2 (4.9%) na Covilhã.

Quanto ao nível socioeconómico, 29 participantes (70.7%) referiram que o rendimento total do agregado familiar se situa entre os 1000€ e os 2500€, 10 (24.4%) entre os 2500€ e os 5000€, 1 (2.4%) entre os 500€ e os 1000€, e 1 (2.4%) declarou auferir mais de 5000€ mensais.

Por fim, no que se refere ao agregado familiar, 24 participantes (58.5%) afirmaram residir com a companheira ou o companheiro e com as/os filhas/os, 15 (36.6%) vivem apenas com o(a) companheiro(a), 1 (2.4%) com as/os filhas/os e 1 (2.4%) com outros elementos familiares.

Tabela 1

Características sociodemográficas das participantes (N=41).

Variáveis		Frequência absoluta	Frequência relativa	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade		41	-	36.15	5.32	25	47
Estado civil	Solteira	2	4.9%				
	União de facto	16	39.0%				
	Casada	22	53.7%				
	Divorciada	1	2.4%				
Habilitações académicas	Ensino Secundário (12ºano)	11	26.8%				
	Bacharelato/Licenciatura	19	46.3%				
	Mestrado/Pós-graduação	11	26.8%				
Situação profissional	Empregada	37	90.2%				
	Trabalhadora/Estudante	4	9.8%				
Distrito	Castelo Branco	11	26.8%				
	Covilhã	2	4.9%				
	Guarda	28	68.3%				
Nível socioeconómico	Entre 500€ e 1000€	1	2.4%				
	Entre 1000€ e 2500€	29	70.7%				
	Entre 2500€ e 5000€	10	24.4%				
	Mais de 5000€	1	2.4%				
Agregado familiar	Vivo com o(s) meu(s) filho(s)	1	2.4%				
	Vivo com o/a meu/minha companheiro/a	15	36.6%				
	Vivo com o/a meu/minha companheiro/a e com o(s) meu(s) filho(s)	24	58.5%				
	Outros agregados familiares	1	2.4%				

3.2. Características relacionadas com a perda

No que se refere ao número de perdas, 25 participantes (61.0%) relataram ter experienciado apenas uma perda, enquanto 16 (39.0%) indicaram ter vivenciado mais do que uma. Relativamente à causa da perda, 16 participantes (39.0%) referiram não conhecer a causa ou considerá-la natural. Foram também apontadas outras causas como malformação fetal (22.0%), aborto espontâneo (17.1%), aborto retido (4.9%), outras complicações (4.9%), gravidez anembrionária (7.3%), não implantação após Fertilização in Vitro (FIV) (2.4%) e negligência médica (2.4%). Por fim, quanto ao consumo de substâncias durante a gravidez, a esmagadora maioria das participantes (95.1%) referiu não ter consumido, enquanto 2 (4.9%) admitiram consumo de substâncias nesse período.

Tabela 2
Características relacionadas com a perda.

	Variáveis	Frequência absoluta	Frequência relativa
Número de perdas	Apenas 1 perda	25	61.0%
	Mais do que 1 perda	16	39.0%
Causa(s) da(s) perda(s) gestacional/ais	Desconhecida/"natural"	16	39.0%
	Malformação fetal	9	22.0%
	Aborto espontâneo	7	17.1%
	Aborto retido	2	4.9%
	Negligência médica	1	2.4%
	Outras complicações	2	4.9%
	Gravidez anembrionária	3	7.3%
Consumo de substâncias durante a(s) gravidez/es	Não	39	95.1%
	Sim	2	4.9%

3.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI-18)

Na presente investigação, no que se refere ao IGG, que corresponde ao somatório dos 18 itens do BSI-18 e reflete o nível geral de mal-estar psicológico, verificou-se um valor mínimo de 0.00 e um valor máximo de 42.00, com uma média de 17.56 e um desvio padrão de 10.87. No que diz respeito às subescalas que o mesmo avalia, na subescala somatização, verificou-se um valor mínimo de 0.00 e um valor máximo de 13.00, com uma média de 3.95 e um desvio padrão de 3.49. Na subescala depressão verificou-se um valor mínimo de 0.00 e um valor máximo de 17.00, com uma média de 6.71 e um desvio padrão de 4.52. Por fim, na subescala Ansiedade verificou-se um valor mínimo de 0.00 e um valor máximo de 18.00, com uma média de 6.90 e um desvio padrão de 4.42.

Tabela 3

Estatística descritiva dos resultados obtidos pelo BSI-18.

	Frequência absoluta	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Somatização	41	3.95	3.49	0.00	13.00
Depressão	41	6.71	4.52	0.00	17.00
Ansiedade	41	6.90	4.42	0.00	18.00
IGG	41	17.56	10.87	0.00	42.00

Os resultados obtidos no BSI-18 revelaram uma média do Índice de Gravidade Global (IGG) de 17.56, valor que se encontra ligeiramente acima da média reportada para a população comunitária portuguesa ($X=13.5$), conforme descrito no Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18), validado para a população portuguesa por Nazaré, Canavarro e Pereira (2017). No que respeita às subescalas, verificaram-se médias de 6.90 para Ansiedade e 6.71 para Depressão, ambas superiores às médias da população comunitária ($X=4.5$ e $X=4.2$, respetivamente), indicando uma presença moderada destes sintomas nas participantes do presente estudo. Por outro lado, a média da subescala de Somatização foi de 3.95, situando-se ligeiramente abaixo da média comunitária ($X=4.8$), o que poderá indicar uma menor expressão de sintomas somáticos neste grupo (30).

3.4. Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS)

Em relação à MSPSS, verificou-se, para a escala total de suporte social percebido, um valor mínimo de 2.17 e um valor máximo de 7.00, com uma média de 5.80 e um desvio padrão de 1.11. No que diz respeito às subescalas que a mesma avalia, na subescala família, verificou-se um valor mínimo de 2.00 e um valor máximo de 7.00, com uma média de 5.71 e um desvio padrão de 1.18. Na subescala amigos verificou-se um valor mínimo de 0.50 e um valor máximo de 7.00, com uma média de 5.38 e um desvio padrão de 1.62. Por fim, na subescala outros significativos verificou-se um valor mínimo de 2.00 e um valor máximo de 7.00, com uma média de 6.30 e um desvio padrão de 1.09.

Tabela 4

Estatística descritiva dos resultados obtidos pela MSPSS.

	Frequência absoluta	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Família	41	5.71	1.18	2.00	7.00
Amigos	41	5.38	1.62	0.50	7.00
Outros significativos	41	6.30	1.09	2.00	7.00
Suporte social total	41	5.80	1.11	2.17	7.00

Os dados obtidos através da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) indicam que as participantes deste estudo percebem um elevado nível de apoio social. De acordo com os critérios propostos por Gregory Zimet, autor da escala, no site oficial da MSPSS, médias entre 1.0 e 2.9 correspondem a baixo suporte, entre 3.0 e 5.0 a suporte moderado, e entre 5.1 e 7.0 a suporte elevado (32). A média total obtida foi de 5.80, enquadrando-se claramente na categoria de suporte elevado. As subescalas apresentaram igualmente valores elevados: apoio da família ($M = 5.71$), dos amigos ($M = 5.38$) e, de forma mais expressiva, de outras pessoas significativas ($M = 6.30$).

3.5. Análise inferencial

Em seguida, foram feitos testes com o objetivo de explorar a relação entre variáveis sociodemográficas e o sofrimento psicopatológico (avaliado através do IGG do BSI-18). Foram realizadas análises de correlação de Spearman e testes não paramétricos (Kruskal-Wallis e Mann-Whitney), de acordo com o tipo de variável em estudo. Para todos os testes o nível de significância estabelecido foi de 5% ($=0.05$).

3.5.1. Correlação de Spearman

Procedeu-se à avaliação da relação entre o total do BSI-18 e as variáveis idade, nível socioeconómico e habilitações académicas utilizando o coeficiente de correlação de Spearman. Os resultados não evidenciaram associações estatisticamente significativas com o sofrimento psicológico ($p > 0.05$). Ainda assim, identificaram-se correlações negativas de magnitude moderada entre o BSI-18 e o nível socioeconómico (coeficiente de correlação = -0.297 ; $p = 0.059$), bem como com as habilitações académicas (coeficiente de correlação = -0.304 ; $p = 0.053$), cujos valores se aproximam do limiar convencional de significância

estatística. Estes resultados apontam para uma possível tendência em que níveis mais elevados de escolaridade e de condição socioeconómica se associam a menor sofrimento psicológico. No que diz respeito à idade (coeficiente de correlação -0.151 ; $p = 0.346$), a correlação observada foi fraca e estatisticamente não significativa.

Tabela 5
Relação entre o BSI-18 e as variáveis sociodemográficas.

	BSI-18 (Variável em estudo)	
	Coefficiente de Correlação	<i>p</i>
Idade	-0.151	0.346
Nível socioeconómico	-0.297	0.059
Habilitações académicas	-0.304	0.053

* $p < 0.05$

Tal como demonstrado na Tabela 6, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre as subescalas do BSI-18 (depressão, ansiedade, somatização) e a MSPSS. A correlação mais forte é entre Depressão e Suporte Social ($\rho = -0.191$), mas ainda não atinge significância estatística. Estes resultados sugerem que, nesta amostra, os níveis de suporte social percebido não estão associados de forma significativa com os sintomas psicopatológicos avaliados.

Tabela 6
Relação entre o BSI-18 e a MSPSS.

	Suporte Social (Variável em estudo)	
	Coefficiente de Correlação	<i>p</i>
BSI-18 Depressão	-0.191	0.231
BSI-18 Ansiedade	-0.099	0.539
BSI-18 Somatização	-0.064	0.691
BSI-18 IGG	-0.118	0.463

* $p < 0.05$

3.5.2. Teste de Kruskal-Wallis

Recorreu-se ao teste de Kruskal-Wallis para avaliar eventuais diferenças nos níveis de sofrimento psicopatológico consoante o estado civil. Os resultados obtidos não indicaram

diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados ($H(3) = 1.544$; $p = 0.672$), o que sugere que o estado civil não está associado, de forma relevante, ao nível de sofrimento psicológico reportado pelos participantes.

Tabela 7

Teste de diferenças da variável sintomatologia psicopatológica em função da variável estado civil.

	Estado civil	N	Posto médio	H (3)	p
BSI-18	Solteira	2	15.50	1.544	0.672
	União de facto	16	23.63		
	Casada	22	19.52		
	Divorciada	1	22.50		

* $p < 0.05$

3.5.3. Teste de Mann-Whitney

A análise comparativa entre participantes que se encontram empregadas e aquelas que se encontram simultaneamente a trabalhar e a estudar, realizada através do teste de Mann-Whitney, não evidenciou diferenças estatisticamente significativas no sofrimento psicopatológico ($U = 73.500$; $p = 0.982$).

Tabela 8

Teste de diferenças da variável sintomatologia psicopatológica em função da variável situação profissional.

	Situação profissional	N	Posto médio	U	p
BSI-18	Empregada	37	21.01	73.500	0.982
	Trabalhadora/Estudante	4	20.88		

* $p < 0.05$

O número de perdas foi igualmente analisado através do teste de Mann-Whitney, com o objetivo de comparar os níveis de sofrimento psicopatológico entre participantes que referiram uma única perda e aquelas que experienciaram mais do que uma. Os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($U = 189.500$; $p = 0.779$), o que indica que o número de perdas não apresenta uma associação significativa com o sofrimento psicológico reportado.

Tabela 9

Teste de diferenças da variável sintomatologia psicopatológica em função da variável número de perdas.

	Número de perdas	N	Posto médio	U	<i>p</i>
BSI-18	Apenas 1	25	21.42	189.500	0.779
	Mais do que 1	16	20.34		

* $p < 0.05$

4. Discussão

Tendo em conta a elevada prevalência e as consequências psicológicas associadas à perda perinatal, este estudo teve como objetivo central avaliar a sintomatologia psicopatológica e o suporte social percebido de mulheres que passaram por essa experiência, assim como analisar a relação entre estas duas variáveis.

Os resultados obtidos no BSI-18 revelaram uma média do Índice de Gravidade Global (IGG) de 17.56, valor que se encontra ligeiramente acima da média reportada para a população comunitária portuguesa ($X=13.5$). No que respeita às subescalas, verificaram-se médias de 6.90 para Ansiedade e 6.71 para Depressão, ambas superiores às médias da população comunitária ($X=4.5$ e $X=4.2$, respetivamente), indicando uma presença moderada destes sintomas nas participantes do presente estudo. Por outro lado, a média da subescala de Somatização foi de 3.95, situando-se ligeiramente abaixo da média comunitária ($X=4.8$), o que poderá indicar uma menor expressão de sintomas somáticos neste grupo (30). Os resultados deste estudo vão ao encontro dos resultados de uma revisão sistemática sobre o impacto psicológico da perda gestacional precoce, conduzida por Farren et al. (2018). Os autores relataram que, entre 4 a 6 semanas após a perda, a prevalência de sintomas depressivos variava entre 8% e 20%, os sintomas de ansiedade entre 18% e 32%, e os sintomas de perturbação de stress pós-traumático entre 25% e 39% (16). No mesmo sentido, Mendes et al. (2023) investigaram o impacto psicológico da perda gestacional precoce (até às 20 semanas de gestação) em mulheres, em Portugal, e verificaram que, entre 7 a 12 meses após a perda, 56% das participantes apresentavam sintomas de ansiedade e 31% sintomas de depressão (33).

Relativamente à perceção de suporte social, os dados obtidos através da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (MSPSS) indicam que as participantes deste estudo percecionam um elevado nível de apoio social. A média total obtida foi de 5.80, enquadrando-se claramente na categoria de suporte elevado. As subescalas apresentaram igualmente valores elevados: apoio da família ($M = 5.71$), dos amigos ($M = 5.38$) e, de forma mais expressiva, de outras pessoas significativas ($M = 6.30$). Estes resultados sugerem que, apesar da experiência da perda perinatal, as participantes mantêm uma forte perceção de apoio interpessoal. Este tipo de suporte é frequentemente identificado na literatura como um fator protetor face à sintomatologia psicopatológica (34).

No entanto, neste estudo, não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o suporte social e as dimensões de depressão, ansiedade, somatização,

nem entre o IGG. A correlação mais próxima da significância estatística foi observada entre o suporte social total e a subescala de depressão, indicando uma tendência que, embora sugestiva, não atingiu critérios estatísticos de relevância. Os resultados obtidos nesta investigação apresentam algumas discrepâncias face ao que tem sido amplamente descrito na literatura científica, que aponta de forma consistente para o efeito protetor do suporte social na gestão do sofrimento psicológico decorrente de perdas perinatais. Diversos estudos têm vindo a demonstrar essa associação. Monteiro (2020), por exemplo, concluiu que o suporte familiar e conjugal contribui para a redução significativa dos níveis de ansiedade e depressão (35). No mesmo sentido, Zhang et al. (2024), numa revisão sistemática, verificaram que o suporte social está associado a uma menor prevalência de luto complicado em situações de perda perinatal (10). Também Bagheri et al. (2020), através de uma meta-análise, confirmaram que intervenções psicossociais são eficazes na diminuição de manifestações de luto patológico (29). Um estudo longitudinal recente, realizado no âmbito do UK Biobank (2024) e com mais de uma década de seguimento, reforça esta perspetiva, ao evidenciar que mulheres com antecedentes de aborto espontâneo apresentam um risco significativamente superior de desenvolver sintomas de depressão (2,38 vezes) e de ansiedade (1,62 vezes), mesmo após o controlo por variáveis sociodemográficas, reprodutivas e relativas ao suporte social. O mesmo estudo revelou ainda que, quando a perda gestacional ocorre em simultâneo com uma perceção reduzida de apoio social, a probabilidade de desenvolver depressão aumenta em 31,2%, o que sublinha a relevância do suporte como fator de proteção (34).

A inexistência de associações estatisticamente significativas no presente estudo poderá ser compreendida com base no modelo biopsicossocial que ajuda a enquadrar esta complexidade, ao considerar que a forma como cada mulher vivencia a perda depende não apenas da presença de suporte social, mas também de características individuais e do contexto envolvente (36). Fatores como o historial prévio de saúde mental, o estágio do processo de luto, bem como aspetos culturais ou espirituais, influenciam significativamente a resposta emocional ao evento, conforme salientado por Nazaré et al. (2010) e Kishimoto et al. (2021) (3,15). Neste estudo, os resultados, ainda que não ultrapassem o limiar convencional de significância estatística, mostraram correlações negativas de magnitude moderada para o nível socioeconómico ($p = 0.059$) e para as habilitações académicas ($p = 0.053$). Estes dados apontam para a possibilidade de que mulheres com níveis mais elevados de escolaridade e de nível socioeconómico possam estar associadas a um menor sofrimento psicopatológico após a perda perinatal, o que pode estar relacionado com uma maior literacia em saúde, mais fácil acesso a recursos médicos e/ou psicológicos ou utilização de estratégias de coping mais eficazes. He et al (2019) corroboraram esta hipótese

ao identificarem uma associação significativa entre níveis educacionais mais baixos e maior risco de sintomas de depressão e ansiedade em mulheres com perdas gestacionais recorrentes. Os autores sugerem que mulheres com menor escolaridade podem não ter consciência da sua condição clínica e apresentar dificuldades em seguir orientações médicas (37). Além disso, o estudo mostrou que mulheres com rendimentos mais baixos apresentavam resultados significativamente mais elevados nas escalas de depressão e ansiedade (37). Importa ainda referir que o momento em que os dados foram recolhidos poderá ter influenciado os resultados, uma vez que o tempo decorrido desde a perda variou entre participantes e não foi controlado nesta análise. Por fim, convém lembrar que a perceção de suporte social nem sempre traduz a qualidade ou a adequação efetiva desse apoio às necessidades reais da pessoa em luto, o que pode ter contribuído para a ausência de relações significativas entre as variáveis avaliadas (38).

4.1. Limitações e Contributos

Do ponto de vista metodológico, este estudo apresenta algumas limitações que importa considerar. A amostra, composta por apenas 41 participantes e exclusivamente por mulheres, de uma zona geográfica específica, restringe a possibilidade de generalizar os resultados à população em geral e impede a exploração da perspetiva masculina face à perda. Estudos como os de Obst et al. (2020) e Mota et al. (2023) evidenciam que os homens também experienciam sofrimento significativo nestas circunstâncias, ainda que de forma distinta (12,13). Além disso, a utilização de questionários de autorrelato pode também introduzir distorções, tanto por falhas de memória como pela tendência a responder de forma socialmente desejável, o que pode comprometer a autenticidade das respostas recolhidas. Finalmente, o facto de a amostra apresentar níveis de suporte social percebido relativamente homogéneos, com médias elevadas e baixa dispersão, pode ter dificultado a identificação de correlações estatisticamente significativas. Tendo em conta as limitações deste estudo, como o número reduzido de participantes e a exclusão de experiências masculinas, recomenda-se que investigações futuras incluam amostras mais amplas e diversificadas, integrando também os homens e outros elementos da família. Seria igualmente pertinente desenvolver estudos longitudinais que permitam acompanhar a evolução do processo de luto ao longo do tempo, bem como explorar a eficácia de diferentes tipos de intervenção psicológica no contexto da perda. Estas abordagens poderão contribuir para fundamentar cientificamente a criação de protocolos clínicos específicos e ajustados às necessidades reais das famílias afetadas.

Apesar das limitações referidas, os resultados evidenciam níveis significativos de sintomatologia psicopatológica, mesmo em contextos onde o suporte social é percebido como elevado. Este dado sugere que a presença de apoio, por si só, poderá não ser suficiente para atenuar o impacto emocional da perda perinatal, salientando a necessidade de estratégias de intervenção mais específicas e adaptadas a cada caso. Em termos práticos, os resultados sublinham a importância de uma vigilância contínua e da implementação de respostas estruturadas após a perda, ao nível da saúde mental. Abordagens que integrem acompanhamento psicológico especializado, suporte emocional e reconhecimento do processo de luto poderão revelar-se eficazes na prevenção de perturbações emocionais associadas a este tipo de experiência.

A ausência de diretrizes clínicas nacionais específicas para a abordagem psicológica após a perda perinatal representa uma lacuna significativa no sistema de saúde português. Estas normas deveriam incluir recomendações explícitas sobre o tipo de intervenção psicológica mais indicada, a periodicidade e duração do acompanhamento, bem como critérios de referência para cuidados especializados. É igualmente crucial assegurar a monitorização regular dos sintomas psicológicos, a formação obrigatória das equipas de saúde nesta área, e o acompanhamento do outro progenitor, frequentemente negligenciado no processo de luto. Por fim, a criação de práticas que valorizem a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar e que promovam rituais simbólicos de memória e despedida pode contribuir de forma significativa para a validação da perda e para a prevenção de complicações psicopatológicas. O reconhecimento institucional e normativo destas necessidades é, assim, um passo essencial para garantir uma resposta mais humanizada, eficaz e equitativa face à perda perinatal.

5. Conclusão

Este estudo procurou aprofundar o impacto psicológico da perda perinatal, revelando níveis importantes de sintomatologia psicopatológica nas participantes, mesmo na presença de suporte social percebido como elevado. Estes resultados reforçam a complexidade do luto perinatal e a limitação do apoio informal enquanto fator protetor único, sublinhando a necessidade de intervenções especializadas.

A inexistência de orientações clínicas específicas em Portugal para a abordagem da perda perinatal acentua a vulnerabilidade das mulheres e famílias afetadas. Torna-se, por isso, imperativo o desenvolvimento de orientações estruturadas que incluam critérios claros de intervenção, formação dos profissionais, e estratégias de seguimento integradas. Apenas com uma resposta clínica sistematizada será possível garantir um cuidado mais digno, equitativo e eficaz às pessoas que vivenciam esta forma de perda.

Bibliografia

1. Roberts LR, Nick JM, Sarpy NL, Peters J, Tamares S. Bereavement care guidelines used in health care facilities immediately following perinatal loss: a scoping review. *JBI Evid Synth.* 2024 Oct 27;
2. Delgado L, Cobo J, Giménez C, Fucho-Rius GF, Sammut S, Martí L, et al. Initial Impact of Perinatal Loss on Mothers and Their Partners. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Jan 1;20(2).
3. Nazaré B, Fonseca A, Pedrosa AA, Canavarro MC. Avaliação e Intervenção Psicológica na Perda Gestacional. *Peritia [Internet].* 2010;3:37–46. Available from: www.revistaperitia.org
4. Donegan G, Noonan M, Bradshaw C. Parents experiences of pregnancy following perinatal loss: An integrative review. Vol. 121, *Midwifery.* Churchill Livingstone; 2023.
5. Mourão AF da S. Impacto de uma morte fetal ou neonatal nos homens e comunicação do casal acerca da perda: percepção feminina [Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde]. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias; 2016.
6. World Health Organization. Improving maternal and newborn health and survival and reducing stillbirth: progress report 2023 [Internet]. Geneva; 2023 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073678>
7. World Health Organization. Strengthening legal and regulatory frameworks for maternal and perinatal death surveillance and response [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/376735>
8. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas da Saúde - 2023 [Internet]. Lisboa; 2025 [cited 2025 Jun 3]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICAC OESpub_boui=66625391&PUBLICACOESmodo=2
9. Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. Vol. 21, *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology.* 2007. p. 249–59.
10. Zhang X, Chen Y, Zhao M, Yuan M, Zeng T, Wu M. Complicated grief following the perinatal loss: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2024 Dec 1;24(1).
11. Buskmiller C, Grauerholz KR, Bute J, Brann M, Fredenburg M, Refuerzo JS. Validation of a Brief Measure for Complicated Grief Specific to Reproductive Loss. *Cureus.* 2023 Apr 20;

12. Obst KL, Due C, Oxlad M, Middleton P. Men's grief following pregnancy loss and neonatal loss: A systematic review and emerging theoretical model. Vol. 20, BMC Pregnancy and Childbirth. BioMed Central Ltd.; 2020.
13. Mota C, Sánchez C, Carreño J, Gómez ME. Paternal Experiences of Perinatal Loss— A Scoping Review. Vol. 20, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI; 2023.
14. Fernández-Sola C, Camacho-ávila M, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, Jiménez-López FR, Hernández-Sánchez E, et al. Impact of perinatal death on the social and family context of the parents. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 May 2;17(10).
15. Kishimoto M, Yamaguchi A, Niimura M, Mizumoto M, Hikitsuchi T, Ogawa K, et al. Factors affecting the grieving process after perinatal loss. *BMC Womens Health*. 2021 Dec 1;21(1).
16. Farren J, Mitchell-Jones N, Verbakel JY, Timmerman D, Jalnbrandt M, Bourne T. The psychological impact of early pregnancy loss. *Hum Reprod Update*. 2018 Nov 1;24(6):731–49.
17. Huffman CS, Schwartz TA, Swanson KM. Couples and Miscarriage: The Influence of Gender and Reproductive Factors on the Impact of Miscarriage. *Women's Health Issues*. 2015 Sep 1;25(5):570–8.
18. Figueredo-Borda N, Ramírez-Pereira M, Gaudiano P, Cracco C, Ramos B. Experiences of miscarriage: the voice of parents and health professionals. *Omega (United States)*. 2024 Jun 1;89(2):777–94.
19. Lemos LFS, Cunha ACB da. Concepções Sobre Morte e Luto: Experiência Feminina Sobre a Perda Gestacional. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2015 Dec;35(4):1120–38.
20. Public Health Agency of Canada. Family-centred maternity and newborn care: national guidelines – Chapter 7: Loss and grief. In Ottawa: Public Health Agency of Canada; 2020 [cited 2025 May 22]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html>
21. Cullen S, Coughlan B, Casey B, Power S, Brosnan M. Exploring parents' experiences of care in an Irish hospital following second-trimester miscarriage. *Br J Midwifery*. 2017 Feb 1;25(2):110–5.
22. Fernández-Férez A, Ventura-Miranda MI, Camacho-Ávila M, Fernández-Caballero A, Granero-Molina J, Fernández-Medina IM, et al. Nursing Interventions to Facilitate the Grieving Process after Perinatal Death: A Systematic Review. Vol. 18, International journal of environmental research and public health. NLM (Medline); 2021.

23. Portugal. Diário da República, 1.^a série, n.º 131. 1995 [cited 2025 May 10]. Decreto-Lei n.º 131/95, de 6 de junho. Aprova o Código do Registo Civil. Available from: Diário da República, 1.^a série, n.º 131
24. Portugal. Diário da República, 1.^a série, n.º 205. 2012 [cited 2025 May 10]. Portaria n.º 334/2012, de 23 de outubro. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/334-2012-192453>
25. Monteiro SB, Lebre A, Serrano F, Martins I, Reis I, Lima J, et al. Norma de orientação clínica: Perda gestacional recorrente [Internet]. Lisboa; 2022 [cited 2025 May 23]. Available from: https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2017/03/Norma_Perda-gestacional-recorrente.pdf
26. Direção-Geral da Saúde. Direção-Geral da Saúde. 2019 [cited 2025 May 23]. Modelo de intervenção diferenciada no luto prolongado em adultos. Available from: <https://normas.dgs.min-saude.pt/2019/04/23/modelo-de-intervencao-diferenciada-no-luto-prolongado-em-adultos/>
27. Assembleia da República. Diário da República. 2023 [cited 2025 May 23]. Código do Trabalho. Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/2009-34546475-211442157>
28. Valente C. Perda gestacional: profissionais de saúde pedem mais acompanhamento. Diário de Notícias [Internet]. 2024 May 22 [cited 2025 May 23]; Available from: <https://www.dn.pt/sociedade/perda-gestacional-profissionais-de-saude-pedem-mais-acompanhamento>
29. Bagheri L, Nazari AM, Chaman R, Ghiasi A, Motaghi Z. The Effectiveness of Healing Interventions for Post-Abortion Grief: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. Vol. 49, Iran J Public Health. 2020. Available from: <http://ijph.tums.ac.ir>
30. Canavarro MC, Nazaré B, Pereira M. Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). In: Gonçalves M, Simões M, Almeida L, editors. Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação. Lisboa: Factor; 2017. p. 115–30.
31. Carvalho S, Pinto-Gouveia J, Pimentel P, Maia D, Mota-Pereira J. Características psicométricas da versão portuguesa da Escala Multidimensional de Suporte Social Percebido (Multidimensional Scale of Perceived Social Support - MSPSS). PSYCHOLOGICA. 2011;54:309–58.
32. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess [Internet]. 1988;52(1):30–41. Available from: <http://gzimet.wix.com/mspss>

33. Mendes DCG, Fonseca A, Cameirão MS. The psychological impact of Early Pregnancy Loss in Portugal: incidence and the effect on psychological morbidity. *Front Public Health*. 2023;11.
34. Hu Y, Tang R, Li X, Wang X, Ma H, Heianza Y, et al. Spontaneous miscarriage and social support in predicting risks of depression and anxiety: a cohort study in UK Biobank. *Am J Obstet Gynecol*. 2024 Dec 1;
35. Monteiro MSRM. Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia A influência da Satisfação Conjugal, do Apoio Social e dos Estados Emocionais Negativos no Processo de Luto decorrente de uma Perda Gestacional. 2020.
36. Borell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later: Principles, practice, and scientific inquiry. Vol. 2, *Annals of Family Medicine*. 2004. p. 576–82.
37. He L, Wang T, Xu H, Chen C, Liu Z, Kang X, et al. Prevalence of depression and anxiety in women with recurrent pregnancy loss and the associated risk factors. *Arch Gynecol Obstet*. 2019 Oct 1;300(4):1061–6.
38. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1988 Mar 1;52(1):30–41.

Anexos

Anexo 1 - Parecer da Comissão de Ética da UBI



comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2022-066-ID1531

Na sua reunião de 15 de novembro de 2022, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Impacto da Perda gestacional na Saúde Mental, Autocompaixão e Luto Perinatal de Mulheres e Homens Portugueses**”, da proponente **Mariana Ribeiro Duarte**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2022-066.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser **aprovado**.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: **AMÉLIA MARIA MONTEIRO
FERNANDES NUNES**
Num. de Identificação: B1102417849
Data: 2022.12.06 10:36:36+00'00'



(Professora Doutora Amélia Maria Monteiro Fernandes Nunes)

(Professora Auxiliar)