



Aborto espontâneo e luto gestacional – Valorizar e gerir: um relato de caso

Ariana Borelli,¹ Inês Machado,² Filipa Piedade³

RESUMO

Introdução: O aborto espontâneo é muito comum e o seu impacto nas famílias, na sociedade e nos serviços de saúde é comprovado, mas subestimado. Este relato de caso pretende realçar a importância do acompanhamento após um aborto espontâneo, no luto, nos sintomas psicológicos associados à perda gestacional e na orientação holística do casal.

Descrição do caso: Mulher de 37 anos, natural do Nepal, engravidada espontaneamente após múltiplas tentativas sem sucesso. Sofre um aborto espontâneo às 10 semanas de gestação e é avaliada pela sua equipa de família, manifestando sentimentos de tristeza, solidão, ansiedade e medo, e desorientação face aos cuidados necessários. O acompanhamento centrou-se no esclarecimento de dúvidas e mitos, no reconhecimento dos sentimentos do casal, na exploração das formas de expressão do luto na cultura de origem, nos ensinamentos para estimular mudanças de comportamentos e na capacitação para o planeamento de uma nova gravidez.

Comentário: Não existem intervenções farmacológicas eficazes para prevenir o aborto espontâneo; contudo, é uma oportunidade para intervir na adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Apesar de frequentes, as consequências psicológicas e a psicopatologia associadas ao aborto espontâneo são muitas vezes esquecidas. A experiência do luto é individual e não se baseia necessariamente na idade gestacional, no nível socioeconómico ou educacional, ou no número de perdas ou de filhos vivos. Lidar com este caso exige à medicina geral e familiar avaliar a gestão do luto e o bem-estar físico e mental, despistando psicopatologia e acompanhando o planeamento de uma gravidez futura, atuando em cuidados transculturais e na dimensão social e familiar de cada um.

Palavras-chave: Aborto espontâneo; Perda gestacional; Luto gestacional; Abordagem holística; Competência cultural; Relato de caso.

INTRODUÇÃO

A definição de aborto espontâneo varia entre diferentes países e organizações internacionais, mas geralmente define-se como a perda de uma gravidez intrauterina, antes de esta ter viabilidade.¹ De acordo com a Organização Mundial da Saúde, é caracterizado como a morte embrionária ou fetal não induzida ou a expulsão de produtos da concepção antes das 22 semanas de gravidez ou com um peso inferior a 500 gramas.² A prevalência do

aborto espontâneo relaciona-se com a sua definição, isto é, com o limite superior utilizado (idade gestacional e peso fetal) e também com os critérios de diagnóstico utilizados (doseamento de hormona gonadotrofina coriónica humana [b-HCG] e ecografia), havendo um risco de aborto espontâneo em cerca de 15% das gravidezes clinicamente reconhecidas.¹ Aproximadamente 80% dos casos de perda fetal ocorrem no primeiro trimestre.³

Existem muitos mitos e crenças associados ao aborto espontâneo, o que pode levar muitas mulheres a não procurarem ajuda.¹ À mulher que sofreu um aborto espontâneo, o profissional de saúde em geral e as equipas de família em particular devem fornecer informação e apoio, tendo em conta as circunstâncias individuais de cada mulher e casal e a sua resposta

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Sétima Colina, ACeS Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

2. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Almirante, ACeS Lisboa Central. Lisboa, Portugal.

3. Enfermeira especialista em Saúde Materna e Obstetrícia. USF Sétima Colina, ACeS Lisboa Central. Lisboa, Portugal.



emocional à situação.⁴ Os profissionais de saúde devem estar elucidados para o facto de o aborto espontâneo poder trazer sofrimento à mulher e ao casal e devem possuir competências específicas para lidar com estas situações.⁴ O impacto exato nas famílias, na sociedade e nos serviços de saúde está comprovado, mas é provavelmente subestimado.¹

Com o relato deste caso clínico pretende-se rever o diagnóstico de aborto espontâneo, os seus fatores de risco e a sua abordagem inicial, assim como a importância do papel da equipa de família no acompanhamento longitudinal, no luto gestacional, nos sintomas psicológicos associados à perda e na prevenção de eventos futuros. As autoras esperam contribuir para a consciencialização da importância de uma abordagem abrangente desta entidade, sobretudo pelos cuidados de saúde primários, que podem assumir uma função determinante no acompanhamento e sucesso de uma futura gravidez.

DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher de 37 anos, natural do Nepal, residente em Portugal há três anos, casada há dois anos. Reside com o marido em meio urbano em Lisboa, num apartamento partilhado com mais três pessoas. Não têm filhos juntos nem filhos de outras relações. Apesar do título de mestre em Gestão de Imprensa, obtido no país de origem, é ajudante de cozinha num restaurante em Lisboa. O marido tem 35 anos, também é natural do Nepal, está em Portugal através de um processo de reagrupamento familiar com a esposa, há dois anos, é motorista numa empresa de transporte de pessoas e bens (escala de Graffar: classe social média). Não apresentam antecedentes pessoais ou familiares relevantes, negam hábitos toxicofílicos ou toma de qualquer medicação habitual.

O casal recorre pela primeira vez à sua Unidade de Saúde Familiar por múltiplas tentativas em engravidar, sem sucesso, há mais de doze meses. Após investigação inicial do casal, que não revela alterações, é realizada a referência à consulta de infertilidade do hospital da sua área de residência. Cerca de um mês após a consulta engravidou espontaneamente. No entanto, às dez semanas de gestação consulta novamente a sua unidade de saúde, após ocorrência de hemorragia vaginal, sendo referenciada para o serviço de urgência. É diagnos-

ticado aborto espontâneo, confirmado ecográfica e analiticamente com o doseamento da b-HCG. É adotada uma atitude expectante, tendo ocorrido expulsão espontânea e total do feto em uma semana e tendo tido alta hospitalar, não referenciada para uma consulta de seguimento em cuidados de saúde primários ou secundários.

É realizado um contacto telefónico cerca de uma semana depois, para acompanhar a situação. Apesar de não apresentar sintomas físicos, a utente manifesta sentimentos de culpa, tristeza, ansiedade, medo, isolamento e falta de esperança, e desorientação face aos cuidados necessários. Não é aplicada nenhuma escala de avaliação do luto gestacional.

A equipa de família deparou-se com alguns desafios durante este caso. Entre eles estão o desconforto por não realizar as consultas na sua língua materna, as barreiras culturais, os fatores de vulnerabilidade social, nomeadamente a integração num novo país, o afastamento das redes de pertença, o desconhecimento do funcionamento dos serviços e dos seus direitos. Numa tentativa de melhor compreender as redes de suporte desta família foi realizado o eco-mapa (Figura 1), verificando-se a escassez de fontes de apoio e recursos da utente, alertando para o isolamento social do casal.

É realizado um plano de consultas de seguimento de enfermagem e médicas, centrando-se no esclarecimento de dúvidas, desmistificação de mitos, escuta ativa e reconhecimento do sofrimento da pessoa. O casal assume clara vontade de ter filhos, pelo que é realizada a valorização dos objetivos dos valores da família para o casal. São exploradas as modalidades de expressão do luto na cultura de origem e incentivada a realização de rituais culturalmente caracterizados de conforto (orações, momentos de partilha com familiares, redes de apoio social, práticas de meditação). Adicionalmente são realizados ensinamentos para estimular mudanças de comportamentos (alimentação saudável, exercício físico diário, estratégias de bem-estar mental) e de capacitação do casal para a procura de uma nova gravidez (literacia em saúde sexual e reprodutiva, incentivo da intimidade do casal).

Cerca de quatro meses após o aborto espontâneo, a utente engravida, tendo mantido o seguimento da sua gravidez na sua Unidade de Saúde Familiar, tendo esta decorrido sem intercorrências.

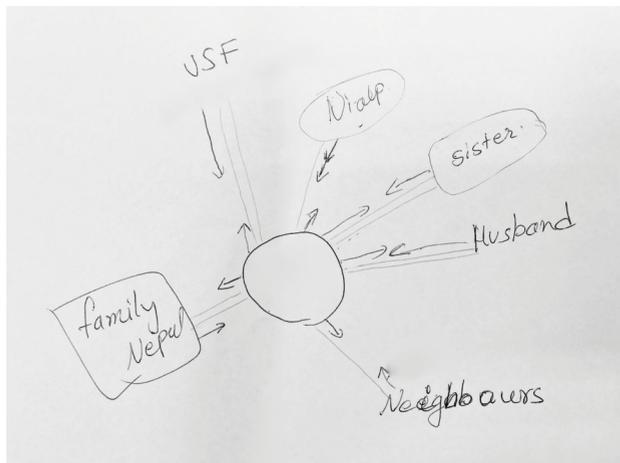


Figura 1. Eco-mapa desenhado pela utente.

Legenda: NIALP = Intercultural Association Lisboa (an immigrant association).

COMENTÁRIO

Causas, fatores de risco, sintomas e diagnóstico

A ocorrência de abortos espontâneos é comum. As anomalias cromossômicas fetais são responsáveis por cerca de 50% dos abortos espontâneos.^{1,3} Os fatores de risco mais comuns são a idade materna avançada e a existência de um aborto espontâneo anterior.^{1,3} No entanto, existem outros fatores de risco conhecidos como os defeitos na decidualização do endométrio, os fatores clínicos (como a idade gestacional), os fatores demográficos (como o índice de massa corporal), os fatores ambientais (como a poluição) e os hábitos de vida (como o tabagismo, o consumo de álcool, o trabalho por turnos ou o *stress*).¹ No caso descrito, a utente não apresentava nenhum fator de risco conhecido, à exceção da idade materna avançada.

Os sintomas mais comuns são a hemorragia vaginal e as dores pélvicas, sintomas que também surgem na gravidez normal, sendo essencial reconhecer a possível existência de aborto espontâneo ou outras complicações da gravidez.^{3,5} O diagnóstico é efetuado pela combinação da história clínica, do exame físico, da ecografia e do doseamento da b-HCG e, por vezes, pode não ser claro.³ No entanto, os critérios utilizados não são uniformes.⁵ As opções terapêuticas incluem uma atitude expectante, o tratamento médico ou o tratamento cirúrgico, conforme a preferência das utentes, e todas mostraram ser efetivas, não havendo diferença nos resultados a longo prazo.³⁻⁵

Prevenção e abordagem após o aborto espontâneo

Ao longo do processo de suspeita e diagnóstico de aborto espontâneo devem ser explicados quais os sintomas ou os sinais que devem motivar a procura de cuidados de saúde e o que esperar do período de recuperação – retoma da atividade sexual, tentativa de nova gravidez, impacto na fertilidade futura.⁴⁻⁵ Por fim, deve ser garantida uma ou mais consultas de seguimento, com o tempo adequado para discutir as questões e dúvidas da mulher e do casal.^{4,6-7} Na perda gestacional precoce (até às 14 semanas), muitas vezes o *follow-up* é realizado apenas nos cuidados de saúde primários, devendo ser feita essa referenciação através do local onde é confirmada e tratada a perda.⁶

Em geral, apenas há necessidade de avaliação adicional quando existiram dois abortos espontâneos consecutivos e não existem intervenções farmacológicas eficazes para prevenir o aborto espontâneo, à exceção do uso da progesterona na presença de hemorragia vaginal precoce e de aborto espontâneo anterior, com evidência de eficácia limitada.^{3,5} A evidência atual indica que deve ser realizada uma intervenção para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis, como a cessação tabágica, a gestão do *stress*, a moderação ou cessação do consumo de álcool, os cuidados na alimentação e a redução de trabalho noturno, podendo estas medidas reduzir o risco de futuros abortos.¹ No caso relatado, perante a ocorrência de um evento, não seria necessária avaliação adicional.

Após um aborto espontâneo deve ser efetuado o aconselhamento sobre contraceção e as mulheres que desejam contraceção podem iniciar métodos hormonais imediatamente após o aborto espontâneo estar concluído.³ Não há contraindicações para a colocação de dispositivos intrauterinos após tratamento cirúrgico do aborto, exceto quando há suspeita de aborto séptico.³ É oportuno também manter a vigilância de hemorragia vaginal, dos sinais de infeção, do controlo da dor ou de outros problemas físicos (obstipação, suturas).⁶⁻⁷ Em alguns casos de perda gestacional tardia pode ser necessário abordar a lactação.⁶

Sintomas psicológicos, luto e psicopatologia

O apoio após uma perda gestacional, em qualquer idade gestacional, no contexto territorial, deve ser contínuo, próximo e multidisciplinar e incluir familiares, amigos e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros,



psicólogos, assistentes sociais).⁶⁻⁷ Os abortos espontâneos são frequentes, mas as suas consequências psicológicas são muitas vezes esquecidas.^{5,8} Apesar de ainda não existirem normas de orientação standardizadas para a abordagem ao luto associado à perda gestacional, vários estudos e recomendações de boas práticas concordam com a abordagem holística, realçando a importância de individualizar o acompanhamento de acordo com as características sociais, psicológicas, físicas, culturais, espirituais, religiosas e étnicas de cada utente.⁶

O luto gestacional pode ser particularmente intenso, duradouro e complicado, ainda que os sintomas de luto vão diminuindo de intensidade ao longo do tempo.⁹ A experiência do luto é individual e não se baseia necessariamente na idade gestacional, no nível socioeconómico ou educacional ou no número de perdas vivenciadas ou de filhos vivos.⁹⁻¹⁰ O luto é uma resposta normal à perda de alguém próximo; contudo, pode tornar-se patológico e é recomendado rastrear todos os pais nesse sentido.¹⁰ Existem ferramentas que permitem avaliar o luto relacionado com a perda gestacional, sendo a Escala de Luto Perinatal a ferramenta mais amplamente utilizada.¹¹

A desvalorização social da morte gestacional pode prejudicar o processo de luto dos pais, levando a consequências como o isolamento, o sentimento de culpa, a vergonha e a sensação de solidão no casal e especialmente das mulheres, além de alterar a perceção da frequência deste evento.¹²

As cerimónias funerárias, assim como outros rituais, são um meio importante para aceitar a realidade da perda, atrair apoio social e incentivar a expressão de emoções e são frequente e culturalmente caracterizadas.¹⁰ Contudo, não se deve cair no engano da uniformidade cultural, mas explorar e incentivar a criação de rituais de luto e conforto significativos para e com cada utente, adotando uma atitude aberta e empática.¹³

A ansiedade, a depressão, a perturbação de *stress* pós-traumático, a raiva, a culpa, a sensação de fracasso e até a ideação suicida são diagnósticos e sintomas reconhecidos após a ocorrência de perdas fetais.⁸ No entanto, os estudos sobre a avaliação do impacto e o seguimento destas utentes são escassos.⁸ O maior estudo prospetivo que avalia as consequências psicológicas da gravidez ao longo do tempo revelou que existe uma proporção de 29% das mulheres com *stress* pós-trau-

mático, 24% das mulheres com ansiedade moderada a grave e 11% das mulheres com depressão moderada a severa, verificando ainda que nove meses após o evento esses distúrbios ainda se mantêm em 17%, 6% e 13% das mulheres, respetivamente.⁸ Recomenda-se realizar um rastreio de psicopatologia, como a depressão, a ansiedade e o *stress* pós-traumático a todos os pais que experienciam a perda gestacional e referenciar para cuidados secundários os casos detetados.¹⁰

Comunicação e abordagem holística

Na gestão do processo de luto gestacional devem ser demonstrados empatia, respeito e apoio durante o atendimento, de forma a atenuar o estigma que acompanha estas situações.^{6-7,10} A comunicação reveste um papel fundamental na abordagem ao utente em luto, sendo importante criar o correto ambiente físico, com direito à privacidade e num local onde não se realize a consulta de saúde materna ou de saúde infantil, e adaptar a comunicação verbal e não verbal à pessoa que se acompanha.⁶ A escolha de certos termos pode ser sensível nestas situações, devendo o profissional utilizar a linguagem que os pais usam para descrever o filho, a gravidez ou o feto.⁶ No caso relatado, este acompanhamento baseou-se na criação de uma relação terapêutica que permitiu adequar a consulta às necessidades do casal.

O apoio oferecido deve ter como objetivo empoderar as escolhas em saúde dos pais. A escuta, a criação de um espaço livre de juízo de valor para o esclarecimento de dúvidas e medos, assim como o reconhecimento e valorização dos sentimentos são pilares para se conseguir uma eficiente e terapêutica comunicação médico-utente.⁶⁻⁷ É consensual a importância de produzir e partilhar folhetos informativos ou material noutra suporte, de modo a aumentar a literacia em saúde dos utentes.⁶

Importa realçar que a perda gestacional representa um momento desafiante para toda a família, podendo implicar com o equilíbrio e bem-estar das relações entre os seus membros.⁶ A intimidade e a sexualidade do casal podem ser afetadas, sendo importante abordar estes assuntos durante as consultas.⁶ O casal do caso descrito apresentava múltiplas dúvidas em relação à perda vivenciada, medos em relação à sua intimidade e vida sexual e desconhecimento face à importância de realização do luto, o que dificultou o processo da perda e a dificuldade em procurar uma nova gravidez.



A orientação comunitária é um passo fundamental na abordagem do bem-estar dos casais que sofreram um aborto. A equipa de família deve incentivar a ligação a recursos comunitários, como os grupos de partilha, que podem auxiliar na aceitação do luto e na atenuação da sensação de solidão.^{6,14} No caso de pessoas migrantes é oportuno investigar a ligação a redes de entretajuda da comunidade migrante, pilares do processo de integração no país de acolhimento.¹⁵ Na situação descrita, o apoio de associações da diáspora nepalesa presentes em Lisboa apoiou a elaboração do luto, através da realização de orações comunitárias; também a criação de uma ligação com um grupo de mulheres da mesma origem, com história de perdas gestacionais ou com experiências de vida semelhantes, contrariou o isolamento social e permitiu a adaptação cultural do processo de luto.

CONCLUSÃO

Em Portugal são escassos os dados recentes ou os estudos validados sobre o luto gestacional e as consequências psicológicas na vida da mulher ou do casal. É possível também que os registos clínicos falhem no que diz respeito à codificação do aborto espontâneo no processo clínico, podendo este facto subestimar a frequência deste evento. Assim, é fulcral que estes dados sejam recolhidos e trabalhados, de modo a acelerar a investigação e os cuidados prestados nestas situações.¹ Apesar disto, o Código do Trabalho garante o direito a uma licença com duração de 14 a 30 dias consecutivos nos casos de interrupção da gravidez.¹⁶ Esta licença reconhece a importância de oferecer tempo ao processo de luto da mulher e pode contribuir para a diminuição das consequências psicológicas negativas da morte gestacional.

As equipas de família têm um papel tanto privilegiado como dificultado, nomeadamente no que se refere aos cuidados longitudinais, abrangentes e multidimensionais que prestam. A relevância do presente caso clínico prende-se com o facto de se tratar do primeiro relato de caso de luto gestacional numa família migrante nepalesa, tendo em conta o importante fluxo migratório dos países do Sul da Ásia em Portugal. Apesar dos cuidados e fenomenologia da situação não diferirem entre pessoas migrantes ou não, importa considerar a possibilidade de poder haver desafios na comunicação e no encontro com utentes com especificidades culturais que

podem não ser familiares para os profissionais que prestam cuidados. Neste sentido, a importância de perguntar e investigar as crenças e preferências de cada pessoa, sem cair em estereótipos, pode ajudar a empoderar o utente nas suas escolhas e estipular um plano centrado na pessoa, garantindo o direito de acesso à saúde e o respeito dos direitos humanos.

No processo de suspeita de aborto espontâneo há que atentar aos sinais e sintomas que devem motivar uma avaliação ou seguimento adicional nos casos de aborto espontâneo, atender a sintomas físicos e psicológicos, abordando a doença e a dor, tendo a importante função de suspeita diagnóstica, referenciação atempada e respetiva melhoria do prognóstico. Após o diagnóstico importa manter o seguimento da mulher e do casal, avaliando o planeamento de gravidezes futuras, a gestão do luto e despiste de psicopatologia, atuando em cuidados transculturais e na dimensão social e familiar de cada um. Lidar com este caso exige competências essenciais às equipas de família: conhecimento, treino e empatia, sendo fulcral a intervenção e o desempenho adequado dos cuidados de saúde primários.

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. José de Brito e ao Dr. Fabrizio Cossutta, pelo aconselhamento e sugestões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quenby S, Gallos ID, Dhillon-Smith RK, Podsek M, Stephenson MD, Fisher J, et al. Miscarriage matters: the epidemiological, physical, psychological, and economic costs of early pregnancy loss. *Lancet*. 2021; 397(10285):1658-67.
2. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th revision [homepage]. Geneva:WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>
3. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins – Gynecology. ACOG Practice Bulletin no. 200: early pregnancy loss. *Obstet Gynecol*. 2018;132(5):e197-e207.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management [homepage]. NICE; 2019 [updated 2023 Aug 23]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>
5. Coomarasamy A, Gallos ID, Papadopoulou A, Dhillon-Smith RK, Al-Memar M, Brewin J, et al. Sporadic miscarriage: evidence to provide effective care. *Lancet*. 2021;397(10285):1668-74.
6. Schott J, Henley A, Kohner N. Pregnancy loss and the death of a baby: guidelines for professionals. 3rd ed. Sands UK/Bosun Publications; 2017. ISBN 9780955424328
7. Shakespeare C, Merriel A, Bakhbakhi D, Blencowe H, Boyle FM, Flendy V, et al. The RESPECT Study for consensus on global bereavement



- care after stillbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;149(2):137-47.
8. Farren J, Jalmbraant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, et al. Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(4):367e1-22.
 9. Cassaday TM. Impact of pregnancy loss on psychological functioning and grief outcomes. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2018;45(3):525-33.
 10. Morin F, Chalmers B, Ciofani L, de Montigny F, Gower S, Hanvey L, et al. Loss and grief. In: Public Health Agency of Canada. Family-centred maternity and newborn care: national guidelines [homepage]. Public Health Agency of Canada; 2020 [updated 2022 Aug 10]. Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html>
 11. Setubal MS, Bolibio R, Jesus RC, Benute GG, Gibelli MA, Bertolassi N, et al. A systematic review of instruments measuring grief after perinatal loss and factors associated with grief reactions. *Palliat Support Care.* 2021;19(2):246-56.
 12. Markin RD, Zilcha-Mano S. Cultural processes in psychotherapy for perinatal loss: breaking the cultural taboo against perinatal grief. *Psychotherapy.* 2018;55(1):20-6.
 13. Chaves M. SSSR Presidential address rain dances in the dry season: overcoming the religious congruence fallacy. *J Sci Study Relig.* 2010;49(1):1-14.
 14. Ayebare E, Lavender T, Mweiteise J, Nabisere A, Nendela A, Mukhwana R, et al. The impact of cultural beliefs and practices on parents' experiences of bereavement following stillbirth: a qualitative study in Uganda and Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021;21(1):443.
 15. Sardinha J. Estratégias identitárias e esquemas de integração: os posicionamentos das associações angolanas, brasileiras e da Europa de Leste em Portugal [Identity strategies and integration schemes: the positionings of Angolan, Brazilian and Eastern European association in Portugal]. *Rev Migrações.* 2010;(6):59-80. Portuguese
 16. Artigo 38º. Lei n.º 7/2009, de 12 de fevereiro. *Diário da República. I Série(30).*

CONTRIBUTO DOS AUTORES

Conceptualização, AB, IM e FP; metodologia, AB e IM; investigação, AB e IM; curadoria de dados, AB e IM; redação do *draft* original, AB e IM; revisão, validação e edição do texto final, AB e IM; visualização, AB e IM; supervisão, FP; administração do projeto, AB e IM.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir quaisquer conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ariana Borelli

E-mail: ariannaborelli335@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7509-8178>

Recebido em 19-03-2022

Aceite para publicação em 09-07-2023

ABSTRACT

MISCARRIAGE AND GESTATIONAL GRIEF – VALORIZING AND MANAGING: A CASE REPORT

Introduction: Miscarriages are common and their impact on families, societies, and health services are proven, but yet underestimated. This case report intends to highlight the importance of follow-up after a miscarriage, especially concerning grief, psychological symptoms associated with pregnancy loss, and the holistic approach to the couple.

Case report: A 37-year-old woman from Nepal becomes pregnant spontaneously after multiple unsuccessful attempts. She suffers a miscarriage at 10 weeks of gestation and she is seen by her family doctor and nurse. She expresses feelings of sadness, loneliness, anxiety and fear, and confusion regarding the follow-up care. The process of care focused on clarifying doubts and myths, recognizing the couple's feelings, exploring ways of expressing grief in their culture, encouraging changes in behavior, and helping to plan a new pregnancy.

Discussion: There are no effective pharmacological interventions to prevent miscarriage, despite being an opportunity to promote the adoption of healthier lifestyle habits. Although frequent, the psychological consequences and psychopathology associated with miscarriage are often overlooked. The experience of bereavement is individual and it is not necessarily related to gestational age, socioeconomic or educational background, or the number of losses or living children. Dealing with a case of miscarriage requires family physicians to assess grief management and physical and mental well-being, screening for psychopathology and following the planning of a future pregnancy, acting on cross-cultural care and social and family dimensions of each person.

Keywords: Miscarriage; Pregnancy loss; Gestational grief; Holistic approach; Cultural competence; Case report.