

Experiência de Violência Obstétrica e Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto

O Papel Moderador da Autocompaixão

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica
Especialização em Terapias
Cognitivo-Comportamentais

Sofia Do Carmo Espinho Roque
Coimbra, 2026

“Fellow travelers.” — **Irvin D. Yalom**

**Experiência de Violência Obstétrica e Sintomatologia de Stress Pós-Traumático
Relacionada com o Parto: O Papel Moderador da Autocompaixão**

Sofia do Carmo Espinho Roque

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia
Clínica

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Cláudia Pires, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, setembro de 2026

Índice

Agradecimentos	4
Resumo	6
Abstract	7
Introdução	8
Violência Obstétrica	8
Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto e Violência Obstétrica	11
Autocompaixão, Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto e Violência Obstétrica	13
O presente estudo	14
Metodologia	15
Desenho do estudo	15
Participantes	15
Procedimentos	16
Instrumentos	17
Estratégia Analítica	20
Resultados	21
Análises Preliminares	21
Correlações	22
O Papel Moderador da Autocompaixão na relação entre a Violência Obstétrica e a Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto	25
Análise de regressão linear múltipla para prever a Tolerância ao Sofrimento como preditor da Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto	27
Discussão	30
Limitações e estudos futuros	34
Implicações para a investigação e prática clínica	36
Referências	38
Apêndices	45

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que, de diferentes formas, contribuíram para a concretização desta dissertação e para o meu percurso académico, profissional e pessoal.

À Professora Doutora Cláudia Pires, deixo um agradecimento muito especial pela orientação, pelos ensinamentos, pela disponibilidade constante e pelo apoio prestado ao longo de todo este percurso. A sua dedicação, sensibilidade e capacidade de orientação foram fundamentais para a concretização deste trabalho e para o meu crescimento enquanto estudante e futura profissional.

À Dra. Beatriz Marques, expresso o meu sincero agradecimento por toda a ajuda, disponibilidade e apoio ao longo da realização desta dissertação. A partilha de conhecimentos, a constante disponibilidade para esclarecer dúvidas e a forma generosa como me acompanhou neste processo tiveram um papel muito importante na concretização deste trabalho.

À Universidade de Coimbra, Instituto Superior Miguel Torga, e à Alma Mater Studiorum - Universidade de Bolonha, bem como a todos os docentes, profissionais e pessoas que fizeram parte do meu percurso académico, deixo o meu reconhecimento por todas as oportunidades de aprendizagem, crescimento e desenvolvimento que me proporcionaram ao longo destes anos. Cada experiência contribuiu, de alguma forma, para a pessoa e profissional que hoje procuro ser.

Aos meus pais, deixo um agradecimento que dificilmente conseguirá traduzir a dimensão da minha gratidão. Obrigada por todo o amor, dedicação, esforço e apoio incondicional ao longo de toda a minha vida. Por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu própria duvidava, por celebrarem cada conquista como se fosse vossa e por me ampararem em cada dificuldade. Tudo o que alcancei até hoje tem, inevitavelmente, a vossa marca. Sem vocês, este percurso não teria sido possível.

Ao meu namorado, Luís, agradeço por ter estado ao meu lado em todas as etapas desta caminhada. Pela compreensão nos momentos mais exigentes, pela (enorme) paciência, pelo incentivo constante e por nunca me deixar esquecer daquilo de que sou capaz.

Ao meu irmão, Tomás, agradeço por fazer partilhar esta vida comigo, lado a lado, e por acompanhar o meu percurso com carinho e orgulho. Espero que saiba o orgulho imenso que sinto nele e na pessoa em que se tem tornado.

Aos meus amigos, em especial ao Pedro, à Luísa, à Lara e à Rute, deixo o meu sincero agradecimento por estarem presentes ao longo deste percurso. Obrigada por serem um porto seguro nos momentos de maior incerteza, por me ouvirem, apoiarem e celebrarem comigo cada conquista.

Ao meu avô, deixo um agradecimento muito especial por acreditar sempre em mim, por me olhar com os olhos mais puros e por ser uma presença constante de amor, carinho e apoio na minha vida.

Por fim, agradeço a mim mesma. Pela resiliência, pela perseverança e pela capacidade de continuar, mesmo nos momentos mais difíceis. Por não desistir perante os desafios, por acreditar que era possível e por chegar até aqui.

A Coimbra, cidade que me viu nascer, crescer e agora concluir a minha formação em Psicologia, deixo também um agradecimento especial. Foi aqui que construí memórias, enfrentei desafios, vivi aprendizagens e dei alguns dos passos mais importantes da minha vida. Levo comigo tudo aquilo que esta cidade me proporcionou e a certeza de que fará sempre parte da pessoa em que me tornei.

Concluo esta etapa com um profundo sentimento de gratidão, realização e felicidade. A conclusão desta dissertação representa o culminar de anos de dedicação, aprendizagem e crescimento pessoal e académico, mas também o início de um novo capítulo. Hoje, sinto-me privilegiada por poder seguir uma profissão que me desafia, inspira e permite contribuir para o bem-estar dos outros. Levo comigo a motivação de continuar a aprender, a crescer e a exercer esta profissão com responsabilidade, empatia e compromisso, na esperança de poder fazer a diferença na vida daqueles que acompanhe ao longo do meu percurso.

Resumo

A violência obstétrica tem sido reconhecida como uma experiência potencialmente adversa no contexto dos cuidados de saúde reprodutiva, podendo estar associada a consequências psicológicas no período pós-parto. A sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto constitui uma dessas possíveis consequências, sobretudo quando a experiência de parto envolve percepção de ameaça, perda de controlo, ausência de consentimento informado ou desrespeito. Paralelamente, a autocompaixão tem sido identificada como um recurso psicológico associado à regulação emocional e ao ajustamento perante experiências difíceis. O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre violência obstétrica, sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto e autocompaixão, explorando o papel moderador da autocompaixão nesta relação. A amostra foi constituída por 104 mulheres portuguesas, com idades compreendidas entre os 24 e os 47 anos ($M = 35.08$; $DP = 4.67$), que tiveram uma experiência de parto nos últimos cinco anos. As participantes preencheram um questionário sociodemográfico e obstétrico, a *Obstetric Violence Assessment Scale*, a *City Birth Trauma Scale* e a *Compassion Motivation and Action Scales – Self-Compassion Scale*. Foram realizadas análises descritivas, correlações de Pearson, correlações parciais, análises de moderação e regressão linear múltipla. Os resultados revelaram associações positivas entre a percepção de violência obstétrica e a sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto. Contudo, no modelo ajustado, o efeito direto da violência obstétrica sobre a sintomatologia total não atingiu significância estatística. A autocompaixão total não se associou significativamente à violência obstétrica nem moderou a relação entre violência obstétrica e sintomatologia traumática. A dimensão Tolerância ao Sofrimento apresentou associações negativas com a sintomatologia traumática, embora não se tenha revelado um preditor estatisticamente significativo da sintomatologia total após o controlo do rendimento, do tipo de parto e da presença de diagnóstico de saúde mental. Os resultados sugerem que a violência obstétrica se associa a maior sintomatologia traumática no pós-parto, embora o papel protetor da autocompaixão não tenha sido confirmado neste estudo.

Palavras-chave: violência obstétrica; stress pós-traumático relacionado com o parto; autocompaixão; tolerância ao sofrimento; pós-parto.

Abstract

Obstetric violence has been recognized as a potentially adverse experience within reproductive healthcare and may be associated with psychological consequences in the postpartum period. Childbirth-related posttraumatic stress symptoms may represent one of these consequences, particularly when childbirth involves perceived threat, loss of control, lack of informed consent, or disrespectful care. At the same time, self-compassion has been identified as a psychological resource associated with emotion regulation and adjustment to difficult experiences. The present study aimed to examine the relationship between obstetric violence, childbirth-related posttraumatic stress symptoms, and self-compassion, exploring the moderating role of self-compassion in this association. The sample consisted of 104 Portuguese women, aged between 24 and 47 years ($M = 35.08$; $SD = 4.67$), who had given birth within the previous five years. Participants completed a sociodemographic and obstetric questionnaire, the *Obstetric Violence Assessment Scale*, the *City Birth Trauma Scale*, and the *Compassion Motivation and Action Scales – Self-Compassion Scale*. Descriptive analyses, Pearson correlations, partial correlations, moderation analyses, and multiple linear regression were conducted. Results showed positive associations between perceived obstetric violence and childbirth-related posttraumatic stress symptoms. However, in the adjusted model, the direct effect of obstetric violence on total posttraumatic stress symptoms did not reach statistical significance. Total self-compassion was not significantly associated with obstetric violence and did not moderate the relationship between obstetric violence and traumatic symptoms. The Distress Tolerance dimension showed negative associations with traumatic symptoms, although it did not emerge as a statistically significant predictor of total childbirth-related posttraumatic stress symptoms after controlling for income, type of birth, and the presence of a mental health diagnosis. These findings suggest that obstetric violence is associated with higher levels of traumatic symptoms in the postpartum period, although the protective role of self-compassion was not confirmed in this study.

Keywords: obstetric violence; childbirth-related posttraumatic stress; self-compassion; distress tolerance; postpartum.

Introdução

Violência Obstétrica

A violência obstétrica (VO) constitui um problema que afeta a saúde e os direitos das mulheres, configurando-se como uma forma de violência de gênero que pode ocorrer em diferentes momentos do ciclo reprodutivo, nomeadamente durante a gravidez, o parto, o pós-parto e em situações de aborto (Finuoli, 2023). Este fenómeno traduz-se em práticas de desrespeito, abuso, negligência ou agressão, de natureza física, verbal, psicológica ou institucional, perpetradas no contexto da assistência obstétrica e da saúde reprodutiva (Berzon & Shabot, 2023; Bohren et al., 2015). Entre as práticas frequentemente associadas à violência obstétrica incluem-se maus-tratos, insultos, recusa ou negligência na prestação de cuidados, negação de analgesia, realização de procedimentos sem consentimento informado, excesso de medicalização, violação da privacidade e restrição da autonomia da mulher sobre o seu corpo e sobre o processo de parto (Nascimento et al., 2022; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021), comprometendo a sua liberdade, dignidade, e autonomia.

O termo “violência obstétrica” foi originalmente proposto na América Latina, na primeira década do século XXI, sendo incorporado à legislação venezuelana em 2007 (Oliveira et al., 2025). A prevalência de violência obstétrica varia consideravelmente consoante a definição, o instrumento e o contexto geográfico. Estudos globais têm reportado taxas agregadas entre 50.8% e 61.7% (Küçük & Çalik, 2025; Özer et al., 2025), com uma meta-análise que estimou uma prevalência global de 55%, sendo a realização de procedimentos sem consentimento a forma mais comum (33%; Hakimi et al., 2025). Verificam-se, contudo, diferenças regionais: a prevalência tende a ser mais elevada em África (64.7%) e mais baixa nas Américas (33.2%; Özer et al., 2025). Na América Latina e nas Caraíbas, uma revisão sistemática recente, que reuniu 29 estudos em sete países, não permitiu calcular uma prevalência agregada única devido à heterogeneidade metodológica, mas reportou intervalos amplos consoante a dimensão avaliada: violência verbal entre 1.4% e 87.1%, violência física entre 0.6% e 39.5%, violência sexual entre 0% e 5.5%, e estigma/discriminação entre 0% e 50.5% (Oliveira et al., 2025). Especificamente em países de rendimento elevado, uma revisão sistemática mais recente estimou uma prevalência global de 45.3%, com formas específicas a variar entre 17.3% (falta de acesso a analgesia) e 30.3% (manobra de Kristeller - pressão aplicada manualmente sobre o fundo uterino durante o período expulsivo, com o objetivo de acelerar a saída do bebé; Fraser et al., (2024). Esta

ampla variação entre estudos, associada a heterogeneidade estatística elevada em praticamente todas as meta-análises, sublinha a ausência de consenso internacional quanto à definição e operacionalização do conceito.

No contexto jurídico português, a Lei n.º 33/2025, de 31 de março de 2026, introduziu a expressão “violência obstétrica”, definindo-a como “a ação física e verbal exercida pelos profissionais de saúde sobre o corpo e os procedimentos na área reprodutiva das mulheres ou de outras pessoas gestantes, que se expressa num tratamento desumanizado, num abuso da medicalização ou na patologização dos processos naturais, em desrespeito pelo regime de proteção na preconceção, na procriação medicamente assistida, na gravidez, no parto, no nascimento e no puerpério” (Assembleia da República, 2025). A mesma lei previa ainda medidas de informação e proteção, incluindo a criação da Comissão Multidisciplinar para os Direitos na Gravidez e no Parto e a divulgação de informação sobre direitos e mecanismos de denúncia (Assembleia da República, 2025). Contudo, a 17 de julho de 2026, a Assembleia da República aprovou o Decreto N.º 101/XVII, que altera a Lei n.º 33/2025, deixando de incluir a expressão “violência obstétrica” e passando a utilizar a formulação “intervenções inadequadas, desrespeitosas ou não consentidas na gravidez, no parto e no puerpério” (Assembleia da República, 2026). Esta alteração foi contestada pelo Observatório de Violência Obstétrica em Portugal (OVO PT), que defende a manutenção do termo, argumentando que este não visa criminalizar o ato médico isolado, mas sim identificar um modelo de assistência sistémico e despersonalizado, e que a sua remoção retiraria às mulheres a linguagem para denunciar o fenómeno, representando um retrocesso nos seus direitos (OVO PT, 2026). De facto, o termo encontra-se consagrado em diversos documentos internacionais, incluindo relatórios do Parlamento Europeu (2024) e da Relatora Especial das Nações Unidas sobre violência contra mulheres e raparigas - que classifica a VO como problema de saúde pública e de direitos humanos (Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas, 2023) -, bem como na posição da Confederação Internacional de Parteiras, que a reconhece como forma de violência baseada no género (International Confederation of Midwives, 2024), e numa revisão global do fenómeno em diferentes contextos socioculturais (Bohren et al., 2015). Esta alteração evidencia que o conceito permanece social, científica e politicamente debatido, não só em Portugal como internacionalmente - persistindo, por exemplo, discordância entre autores quanto à adequação do termo por implicar intencionalidade deliberada por parte dos profissionais de saúde (Chervenak et al., 2024), face à defesa da sua utilização como forma de dar visibilidade às experiências das mulheres e

responsabilizar instituições e profissionais (Bidoli et al., 2024; Leite et al., 2022). Ainda assim, "violência obstétrica" mantém-se como conceito amplamente estabelecido na literatura científica internacional, incluindo em revisões sistemáticas recentes (Fraser et al., 2024; Küçük & Çalik, 2025) e no próprio instrumento de avaliação utilizado neste estudo (Tavares et al., 2025). Assim, no presente estudo, a sua utilização rege-se pela terminologia científica da área, e não pela formulação legal em vigor em cada momento.

A violência obstétrica constitui, assim, um fenómeno multifatorial, que envolve profissionais de saúde, instituições, práticas clínicas, relações de poder e contextos socioculturais. A literatura tem evidenciado maior vulnerabilidade entre mulheres solteiras, migrantes, pertencentes a minorias étnicas e/ou em situação de desvantagem socioeconómica (Fraser et al., (2024).

No contexto português, alguns indicadores obstétricos têm sido apontados como particularmente relevantes. As taxas de episiotomia (i.e., incisão cirúrgica no períneo para alargar o canal do parto) permanecem elevadas, apesar de uma tendência decrescente nos últimos anos: um estudo nacional que analisou registos hospitalares entre 2000 e 2015 verificou que, em 2010, cerca de 66.9% das mulheres com partos vaginais não instrumentados realizaram episiotomia, percentagem que atingiu aproximadamente 94.4% nos partos instrumentados (Teixeira et al., 2022). Dados mais recentes, recolhidos durante a pandemia de COVID-19, apontam para taxas entre 31.8% e 59.8% em partos não instrumentados (Costa et al., 2022). Dados europeus indicam ainda que a prevalência de partos instrumentados em Portugal é superior à média europeia, com práticas como episiotomias de rotina e a manobra de Kristeller (Bohren et al., 2019). Para além destes indicadores físicos, dados nacionais apontam também para uma dimensão psicológica preocupante. Na mesma amostra recolhida durante a pandemia ($n = 1845$), 30.8% das mulheres relataram não terem sido tratadas com dignidade e 22.0% relataram ter sido vítimas de abuso físico, verbal ou emocional durante o parto, com variações regionais acentuadas (Costa et al., 2022). Em Portugal, Carvalho (2024) - numa tese de mestrado com uma amostra reduzida ($n = 116$) - encontrou uma prevalência de violência obstétrica ainda mais elevada (74.1%), sendo as formas mais frequentemente reportadas o uso inapropriado de procedimentos e a violência psicológica. Os autores do estudo nacional de maior dimensão sublinham ainda que experiências subjetivas negativas de parto, falta de suporte e abuso verbal e psicológico constituem fatores de risco importantes para o desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático após o parto (Costa et al., 2022), relação que se

explora em maior detalhe na secção seguinte.

Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto e Violência Obstétrica

Como referido, a violência obstétrica tem sido associada ao desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto (Costa et al., 2022), um fenómeno que tem vindo a receber crescente atenção na literatura. Embora o parto seja frequentemente entendido como um acontecimento normativo e esperado, para algumas mulheres pode constituir uma experiência traumática, sobretudo quando envolve medo intenso, perceção de ameaça à vida ou integridade física, dor não validada, perda de controlo, ausência de informação clara ou sentimentos de abandono durante os cuidados obstétricos - fatores que caracterizam as práticas associadas à violência obstétrica (Ayers et al., 2016; Grekin & O'Hara, 2014; Yildiz et al., 2017).

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5-TR; American Psychiatric Association [APA], 2022), a perturbação de stress pós-traumático (PTSD) caracteriza-se por um conjunto persistente de sintomas que surgem após a exposição a um evento traumático e que causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento pessoal, social ou profissional (APA, 2022). A sintomatologia inclui revivescência do trauma, evitamento persistente de estímulos associados ao evento, alterações negativas nas cognições e no humor e hiperativação fisiológica, frequentemente expressa através de irritabilidade, hipervigilância, dificuldades de concentração ou alterações do sono (APA, 2022). No contexto do parto, importa distinguir entre perturbação de stress pós-traumático relacionada com o parto (*childbirth-related posttraumatic stress disorder*; CB-PTSD), diagnóstico clínico formal que cumpre os critérios do DSM-5-TR e da Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbidade, (CID-11; OMS, 2019), e sintomas de stress pós-traumático relacionados com o parto (*childbirth-related posttraumatic stress symptoms*; CB-PTSS), que não atingem necessariamente o limiar para um diagnóstico formal (Ayers et al., 2016; Grekin & O'Hara, 2014; Horsch et al., 2024; OMS, 2019; Yildiz et al., 2017).

Em termos de prevalência, uma meta-análise de 154 estudos estimou uma prevalência materna de CB-PTSD de 4.7% e de sintomatologia clinicamente significativa de 12.3% (Heyne et al., 2022). Estudos europeus recentes apontam valores semelhantes: numa amostra espanhola avaliada entre 4 e 6 semanas pós-parto, 17% das participantes atingiram o limiar clínico e 10% o limiar subclínico de sintomatologia, sendo precisamente a perceção de

maus-tratos obstétricos - nomeadamente a informação insuficiente sobre os procedimentos - o fator mais fortemente associado (Vega-Sanz et al., 2025); num estudo de seguimento aos 6 meses pós-parto, 10.9% das participantes apresentavam risco elevado de PTSD, com a perceção global de violência obstétrica e cada um dos seus domínios a correlacionar-se com a sintomatologia (Ortiz-Esquinas et al., 2025).

A literatura tem demonstrado, de forma consistente, que a violência obstétrica constitui um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto (Ayers et al., 2016; Grekin & O'Hara, 2014; Horsch et al., 2024; Kranenburg et al., 2023; Yildiz et al., 2017). Experiências marcadas por intervenções não consentidas, comunicação inadequada, perda de autonomia, ausência de suporte, negligência, abuso verbal ou invalidação emocional - que definem o próprio conceito de violência obstétrica - podem comprometer o sentido de segurança, controlo e dignidade da mulher, aumentando o risco de respostas traumáticas persistentes (Ayers et al., 2016; Horsch et al., 2024; Sun et al., 2022; Yildiz et al., 2017). A literatura tem também identificado outros fatores de risco associados ao desenvolvimento de CB-PTSD/CB-PTSS, incluindo história prévia de trauma ou psicopatologia, ansiedade ou depressão durante a gravidez, complicações obstétricas e parto de emergência (Ayers et al., 2016; Grekin & O'Hara, 2014; Horsch et al., 2024) - fatores que podem coexistir com, e potencialmente agravar, o impacto da violência obstétrica na saúde mental materna.

Por outro lado, têm sido também descritos fatores potencialmente protetores face à violência obstétrica e a outras experiências adversas de parto, como a presença de suporte emocional adequado, a comunicação clara por parte dos profissionais de saúde, o envolvimento da mulher nas decisões, o respeito pelo consentimento informado, a perceção de controlo durante o parto e o apoio social no período pós-natal (Ayers et al., 2016; Horsch et al., 2024). Estes fatores podem contribuir para uma vivência mais segura e integrada da experiência de parto, reduzindo o risco de sofrimento psicológico posterior.

As consequências associadas ao CB-PTSD e aos CB-PTSS podem ser amplas. A nível individual, incluem maior risco de depressão pós-parto, ansiedade, dificuldades de regulação emocional, sentimentos de culpa, vergonha e perceção negativa da experiência de maternidade (Ayers et al., 2016; Grekin & O'Hara, 2014; Horsch et al., 2024). Ao nível relacional, estes sintomas podem interferir com a vinculação mãe-bebé, com a responsividade emocional materna e com a confiança no desempenho do papel parental (Horsch et al., 2024; Yildiz et al., 2017). Podem ainda afetar a relação conjugal e o ajustamento familiar no

período pós-natal (Horsch et al., 2024; Kranenburg et al., 2023). Face à amplitude destas consequências, e a par dos esforços necessários para prevenir a violência obstétrica em si, torna-se importante compreender que recursos psicológicos poderão ajudar a lidar com o seu impacto.

Autocompaixão, Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto e Violência Obstétrica

A compaixão é conceptualizada como uma motivação orientada para reconhecer o sofrimento e agir no sentido de o aliviar, quer esse sofrimento seja dirigido aos outros, quer ao próprio indivíduo (Gilbert, 2014; Gilbert et al., 2017). No âmbito da Terapia Focada na Compaixão (*Compassion Focused Therapy*), Gilbert propõe que a compaixão se manifesta através de três fluxos distintos, mas interligados: oferecer compaixão aos outros, receber compaixão dos outros e dirigir compaixão a si próprio, designada por autocompaixão (Gilbert, 2014; Gilbert et al., 2017). A autocompaixão corresponde, assim, à capacidade de responder ao próprio sofrimento com sensibilidade, cuidado e compromisso para o aliviar, promovendo uma relação interna caracterizada por calor, aceitação e apoio em momentos de dificuldade (Gilbert & Choden, 2014). De acordo com este modelo, a resposta autocompassiva envolve diferentes processos motivacionais e comportamentais que permitem reconhecer o sofrimento, permanecer em contacto com ele sem evitamento excessivo e agir de forma a reduzir esse sofrimento. Estes processos são operacionalizados na *Compassion Motivation and Action Scales* (CMAS) através de três dimensões: Intenção, Tolerância ao Sofrimento e Ação Autocompassiva (Steindl et al., 2021; Matos et al., 2023). A dimensão Intenção refere-se à motivação para responder ao próprio sofrimento de forma compassiva; a Tolerância ao Sofrimento traduz a capacidade de permanecer em contacto com experiências emocionais difíceis sem recorrer ao evitamento; e a Ação Autocompassiva corresponde à implementação de comportamentos concretos de cuidado e apoio dirigidos a si próprio perante situações de sofrimento ou adversidade (Steindl et al., 2021).

A literatura tem demonstrado que níveis mais elevados de autocompaixão tendem a associar-se a menor sintomatologia psicopatológica, menor autocrítica, maior resiliência e maior capacidade de lidar com experiências potencialmente traumáticas (Castilho & Pinto Gouveia, 2011; MacBeth & Gumley, 2012; Neff & McGehee, 2010). Neste sentido, a autocompaixão poderá desempenhar um papel protetor no contexto do trauma, favorecendo respostas emocionais mais flexíveis, menos punitivas e menos centradas na culpa ou vergonha (Thompson & Waltz, 2008; Winders et al., 2020). Importa notar, contudo, que uma

revisão sistemática de 35 estudos sobre autocompaixão e PTSD confirma esta associação geral, mas salienta que os desenhos e os tipos de trauma estudados são heterogêneos, que o mecanismo subjacente permanece por esclarecer, e que falta evidência de natureza prospectiva (Winders et al., 2020).

No caso da violência obstétrica, a autocompaixão pode ser particularmente relevante, uma vez que experiências de desrespeito, invalidação, perda de controlo ou violação da autonomia corporal podem desencadear sentimentos de culpa, vergonha, medo, revolta ou falha pessoal (Ayers et al., 2016; Horsch et al., 2024; Kranenburg et al., 2023). A capacidade de responder a estas experiências com sensibilidade, tolerância ao sofrimento e ações de cuidado dirigidas a si própria poderá contribuir para uma integração emocional mais adaptativa da experiência de parto, reduzindo processos de autocrítica, evitamento emocional e sofrimento psicológico.

Assim, a autocompaixão poderá funcionar como um mecanismo amortecedor entre a exposição à violência obstétrica e o desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto, na medida em que pode favorecer formas mais adaptativas de lidar com memórias, emoções e interpretações negativas associadas à experiência traumática (Thompson & Waltz, 2008; Winders et al., 2020). O efeito moderador da autocompaixão encontra-se, aliás, bem documentado noutros contextos de trauma, inclusive em níveis elevados de sintomatologia (Adonis et al., 2025). Importa, contudo, salientar que a evidência empírica direta sobre este papel amortecedor é ainda escassa e heterogênea. Num estudo com 296 estudantes universitários, a autocompaixão moderou significativamente a relação entre exposição a trauma e sofrimento psicológico, mas com um efeito de reduzida magnitude ($\Delta R^2 = .02$), sendo também fraca a correlação direta entre exposição a trauma e autocompaixão ($r = -.15$; Shebuski et al., 2020). Ainda, no contexto específico do parto, um estudo com 405 mães reportou que não foi a autocompaixão, mas antes a flexibilidade psicológica, que amorteceu a relação entre um parto difícil e a sintomatologia de stress pós-traumático; a autocompaixão surgiu antes associada a menor vergonha, amortecendo especificamente a relação entre baixa autonomia/suporte durante o parto e vergonha (Whittingham & Mitchell, 2023).

Apesar deste enquadramento teórico, a investigação que analisa de forma integrada a violência obstétrica, a sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto e a autocompaixão permanece limitada. Torna-se, por isso, pertinente estudar se a autocompaixão se associa a menor sintomatologia traumática e se poderá atenuar o impacto

da violência obstétrica na saúde mental materna. Esta análise poderá contribuir para uma compreensão mais aprofundada dos fatores de risco e de proteção envolvidos na experiência psicológica do parto, bem como para o desenvolvimento de práticas clínicas e obstétricas mais sensíveis ao trauma.

O presente estudo

Considerando o enquadramento teórico apresentado, o presente estudo tem como objetivo central analisar a influência da vivência de experiências de violência obstétrica na sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto. Adicionalmente, pretende clarificar o papel moderador da autocompaixão nesta associação. Esta clarificação poderá ainda fornecer implicações relevantes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção dirigidas à sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto.

Tendo em conta o objetivo traçado para a presente investigação, hipotetiza-se que a vivência de violência obstétrica, a autocompaixão e a sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto se encontrem significativamente correlacionadas entre si. Especificamente, espera-se que maiores níveis de violência obstétrica se associem a menores níveis de autocompaixão e a uma maior sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto (H1). Em acréscimo, é estimado que a violência obstétrica exerça um impacto direto sobre a sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto (H2). Consequentemente, espera-se que a autocompaixão funcione como uma variável moderadora desta relação, prevendo-se que a associação entre violência obstétrica e sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto seja mais fraca em mulheres com níveis mais elevados de autocompaixão (H3).

Metodologia

Desenho do estudo

Com objetivo de dar uma resposta aos objetivos traçados para o presente trabalho, utilizou-se uma amostra de mulheres adultas da população portuguesa, que tenham tido um filho no período de 5 anos. Para tal, recorreu-se a uma abordagem quantitativa, observacional, de natureza transversal e correlacional.

Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 104 participantes mulheres, tendo as idades variado entre os 24 e os 47 anos ($M = 35.08$; $DP = 4.67$). A idade do filho, em meses,

variou entre 0 e 114 meses ($M = 24.45$; $DP = 21.26$). Relativamente às variáveis obstétricas, quanto ao tipo de parto, 51 participantes tiveram parto vaginal espontâneo (49.0%), 22 tiveram parto vaginal instrumentado, com fórceps ou ventosa (21.2%), 14 foram submetidas a cesariana programada (13.5%), 11 a cesariana de urgência (10.6%) e 6 indicaram outro tipo de parto (5.8%). Quanto ao número de partos, 62 participantes tinham tido 1 parto (59.6%), 39 tinham tido 2 partos (37.5%) e 3 tinham tido 3 ou mais partos (2.9%). Relativamente ao tipo de gestação, 103 participantes tiveram uma gestação única (99.0%) e 1 teve uma gestação gemelar (1.0%). No que respeita à ocorrência de complicações obstétricas durante a gravidez, parto ou pós-parto imediato, 53 participantes reportaram a presença de complicações (51.0%). Relativamente à prematuridade, 6 participantes indicaram que o bebé nasceu antes das 37 semanas de gestação (5.8%). No que se refere à nacionalidade, a maioria das participantes era de nacionalidade portuguesa ($n = 99$; 95.2%). Quanto ao estado civil, verificou-se que a maioria das participantes se encontrava casada ou em união de facto ($n = 85$; 81.7%), uma parte menor da amostra se encontrava solteira ($n = 16$; 15.4%), enquanto um número residual referiu estar divorciada ou separada ($n = 3$; 2.9%).

Relativamente às habilitações literárias, observou-se uma predominância de participantes com ensino superior ($n = 74$; 71.2%). As restantes participantes distribuíram-se pelo ensino secundário ($n = 19$; 18.3%), formação pós-secundária não superior ($n = 9$; 8.6%) e ensino básico ($n = 2$; 1.9%). No que diz respeito à situação profissional, a maioria das participantes encontrava-se empregada ($n = 87$; 83.7%).

Relativamente à região de residência, verificou-se que a maioria das participantes residia na região Centro (71.2%, $n = 74$), seguindo-se a região Norte (10.6%, $n = 11$). As regiões menos representadas foram o Alentejo (4.8%, $n = 5$) e o estrangeiro (3.9%, $n = 4$).

No que respeita ao rendimento mensal, a categoria mais frequente correspondeu ao intervalo entre 2001€ e 3000€ (26.9%, $n = 28$), seguida do intervalo entre 1201€ e 1600€ (17.3%, $n = 18$). Os intervalos entre 901€ e 1200€ e entre 1601€ e 2000€ apresentaram a mesma frequência (14.4%, $n = 15$, em ambos os casos). A categoria menos representada foi a de rendimento até 900€ (5.8%, $n = 6$).

Quanto à existência de diagnóstico clínico, a maioria das participantes referiu não possuir qualquer diagnóstico (78.9%, $n = 82$), enquanto 21.2% ($n = 22$) indicaram ter pelo menos um diagnóstico clínico. Entre estas participantes, verificou-se que o diagnóstico foi maioritariamente efetuado por psicólogos/as (40.9%, $n = 9$), seguindo-se os psiquiatras (36.4%, $n = 8$) e os médicos de família (22.7%, $n = 5$).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre a idade e o tipo de parto, $F(4, 99) = 3.86$, $p = .006$, $\eta p^2 = .14$, correspondendo a um efeito de magnitude elevada.

Os resultados das comparações de Tukey indicaram que as participantes submetidas a cesariana programada apresentavam uma idade média significativamente superior à das participantes que tiveram parto vaginal espontâneo ou parto vaginal instrumentado.

Procedimentos

No dia 13 de março de 2026, a Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga aprovou o presente projeto de investigação (Parecer: CE-P07-26; Apêndice 1), assegurando o cumprimento de todos os princípios éticos e deontológicos inerentes à investigação com seres humanos. Toda a investigação decorreu em conformidade com os padrões de rigor científico e com os princípios da ética na investigação, assegurando-se o anonimato, a confidencialidade e a utilização dos dados exclusivamente para fins científicos. Os dados serão armazenados com segurança durante cinco anos após a conclusão do estudo.

A recolha da amostra decorreu entre janeiro e abril de 2026. O questionário foi disponibilizado online, através da plataforma *LimeSurvey*®, possibilitando o preenchimento por meio de dispositivos eletrónicos pessoais. A divulgação do questionário foi feita através de redes sociais (*e.g.*, *Instagram*®, *Facebook*®, *WhatsApp*®). A participação foi voluntária, gratuita e não remunerada, sendo os critérios de inclusão: (a) ter 18 ou mais anos e (b) compreender a língua portuguesa e (c) ter tido uma experiência de parto nos últimos 5 anos. Sendo que o tempo estimado de preenchimento foi de aproximadamente 15 minutos.

Numa fase inicial, foi apresentada a Ficha de Informação ao Participante, acompanhada da respetiva Declaração de Consentimento Informado. A Ficha de Informação descreve detalhadamente os objetivos do estudo, os critérios de inclusão e exclusão, os direitos e deveres das participantes, o papel da equipa de investigação e os princípios éticos subjacentes à investigação, nomeadamente a garantia de anonimato, confidencialidade dos dados e a possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. A Declaração de Consentimento Informado teve como finalidade assegurar que a participação era voluntária, livre e devidamente esclarecida. Apenas as participantes que formalizaram o seu consentimento tiveram acesso às etapas subsequentes do protocolo. Na secção seguinte poderiam encontrar o Questionário Sociodemográfico e Obstétrico, o qual permitia verificar os critérios de inclusão definidos, bem como a recolha de dados para possibilitar a caracterização da amostra. Por fim, seguiram-se os instrumentos de avaliação indispensáveis para o alcance do objetivo do presente estudo.

Instrumentos

Começou por ser administrado o Questionário Sociodemográfico e Obstétrico, com o objetivo de aferir o cumprimento dos critérios de inclusão e exclusão e caracterizar a amostra. Inicialmente, foi solicitado às participantes que criassem um identificador alfanumérico, construído a partir das iniciais do nome da mãe e dos três últimos dígitos do número de telemóvel, assegurando simultaneamente a organização da base de dados e o anonimato. Foram recolhidas informações relativas à idade, nacionalidade, habilitações literárias, estado civil, situação profissional, local de residência, rendimento e existência de diagnóstico psicológico ou psiquiátrico. Foram ainda recolhidos dados obstétricos, nomeadamente número de partos, tipo de gestação, tipo de parto, ocorrência de complicações obstétricas, prematuridade, e idade do filho em meses (i.e., tempo decorrido desde o nascimento).

Os sintomas de perturbação de stress pós-traumático relacionada com o parto foram avaliados através da *City Birth Trauma Scale* (City BiTS; Ayers et al., 2018), um instrumento de autorrelato baseado nos critérios diagnósticos gerais de perturbação de stress pós-traumático do DSM-5 (APA, 2022). No presente estudo foi utilizada a versão brasileira/portuguesa da escala, cujas propriedades psicométricas foram analisadas por Osório et al. (2022). A escala é composta por duas dimensões - sintomas relacionados com o parto e sintomas gerais de perturbação de stress pós-traumático -, organizadas em cinco grupos de sintomas: reexperienciação, evitamento, cognições e humor negativos, hiperativação e dissociação. Os itens pedem às participantes que indiquem a frequência com que experienciaram cada sintoma na última semana, sendo respondidos numa escala de quatro pontos, que varia entre 0 (*nunca*) e 3 (*cinco ou mais vezes*). A pontuação total resulta da soma de todos os itens, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto. A dimensão de sintomas relacionados com o parto integra itens diretamente centrados na experiência de nascimento (e.g., 3. *Memórias indesejadas recorrentes sobre o nascimento (ou partes do nascimento) que não consegue controlar*), enquanto a dimensão de sintomas gerais avalia manifestações mais amplas de sofrimento psicológico (e.g., 15. *Sentir-se irritável ou agressiva*). No estudo original, a City BiTS apresentou excelente consistência interna, tanto para a pontuação total ($\alpha = .92$), como para as dimensões de sintomas relacionados com o parto ($\alpha = .92$) e sintomas gerais ($\alpha = .89$). De igual modo, o estudo psicométrico da versão portuguesa/brasileira evidenciou excelente índices de consistência interna para a pontuação total ($\alpha = .91$), bem como para as dimensões de sintomas relacionados com o parto ($\alpha = .90$) e sintomas gerais ($\alpha = .89$). Na presente

amostra, os índices de consistência interna mantiveram-se elevados, observando-se $\alpha = .90$ para a pontuação total, $\alpha = .84$ para os sintomas relacionados com o parto e $\alpha = .90$ para os sintomas gerais.

A experiência de violência obstétrica foi avaliada através da *Obstetric Violence Assessment Scale* (OVAS), desenvolvida e validada para a população portuguesa por Tavares et al. (2025). Trata-se de um instrumento de autorrelato destinado a avaliar a percepção subjetiva de práticas configuráveis como violência obstétrica durante o trabalho de parto, parto e período imediato pós-parto. A escala é composta por 10 itens, respondidos numa escala tipo Likert de quatro pontos, variando entre 1 (*discordo totalmente*) e 4 (*concordo totalmente*). A pontuação total resulta da soma dos 10 itens, podendo variar entre 10 e 40 pontos, sendo que valores mais elevados indicam maior percepção de experiências associadas à violência obstétrica. Os itens encontram-se organizados em duas dimensões: violência emocional, que avalia experiências de desvalorização, desrespeito, humilhação ou invalidação emocional por parte dos profissionais de saúde (e.g., 8. *Senti-me insultada durante o trabalho de parto e/ou parto*), e violência física, que avalia a ocorrência de intervenções ou procedimentos obstétricos realizados de forma invasiva ou sem explicação e consentimento adequado (e.g., 1. *Cortaram-me o períneo sem anestesia*). No estudo de desenvolvimento e validação, a OVAS apresentou uma consistência interna adequada para a pontuação total ($\alpha = .82$), bem como para as dimensões de violência emocional ($\alpha = .77$) e violência física ($\alpha = .72$). Na presente amostra, verificaram-se índices de consistência interna elevados para a pontuação total ($\alpha = .88$) e para a dimensão violência emocional ($\alpha = .86$), tendo a dimensão violência física apresentado uma consistência interna aceitável ($\alpha = .75$).

Por fim, a autocompaixão foi avaliada através da *Compassion Motivation and Action Scales* (CMAS), desenvolvida por Steindl et al., 2021 e validada para a população portuguesa por Matos et al. (2021). Embora o instrumento original integre duas escalas distintas, uma dirigida à compaixão pelos outros e outra centrada na autocompaixão, o presente estudo recorreu exclusivamente à escala da autocompaixão com o objetivo de avaliar a forma como as participantes se relacionam consigo próprias em situações de sofrimento ou adversidade. A escala de autocompaixão é constituída por 18 itens, respondidos numa escala de Likert de sete pontos, que varia entre 1 (*discordo completamente*) e 7 (*concordo completamente*), sendo que pontuações mais elevadas indicam níveis superiores de autocompaixão. Os itens distribuem-se por três dimensões: Intenção Autocompassiva, que avalia a motivação para responder ao próprio sofrimento com cuidado e compreensão (e.g., 1. *Quero ser bondosa*

comigo própria quando estou em sofrimento); Tolerância ao Sofrimento, que avalia a capacidade de permanecer em contacto com experiências emocionais difíceis sem evitamento excessivo (e.g., 7. *Consigo tolerar os meus sentimentos dolorosos*); e Ação Autocompassiva, que avalia comportamentos concretos de cuidado e apoio dirigidos a si própria em momentos de dificuldade (e.g., 13. *Tomo medidas para me ajudar quando estou em sofrimento*). No estudo original, a escala apresentou excelente consistência interna para a pontuação total ($\alpha = .94$), bem como para as dimensões Intenção Autocompassiva ($\alpha = .92$), Tolerância ao Sofrimento ($\alpha = .95$) e Ação Autocompassiva ($\alpha = .96$). Na validação portuguesa, que manteve a estrutura trifatorial, os valores do alfa de Cronbach foram de $\alpha = .93$ para o total e de $\alpha = .89$, $\alpha = .94$ e $\alpha = .96$ para as dimensões Intenção Autocompassiva, Tolerância ao Sofrimento e Ação Autocompassiva, respetivamente. Na presente investigação, verificou-se excelente índices de consistência interna para a pontuação total ($\alpha = .93$), Tolerância ao Sofrimento ($\alpha = .95$) e Ação Autocompassiva ($\alpha = .93$), bem como valores de alfa de Cronbach elevados para a Intenção Autocompassiva ($\alpha = .88$).

Estratégia Analítica

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do software Statistical Package for the Social Sciences, versão 30.0 (SPSS; IBM Corp., 2024). Inicialmente, foram realizadas análises descritivas com o objetivo de caracterizar a amostra. Para as variáveis sociodemográficas de natureza categórica, foram calculadas frequências absolutas e relativas, enquanto para as variáveis contínuas foram obtidas medidas de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão). Foram geradas tabelas de frequências para variáveis nominais e ordinais, e uma tabela de estatísticas descritivas para as variáveis contínuas. A distribuição das principais variáveis, isto é, a violência obstétrica, sintomatologia de stress pós-traumático e autocompaixão, foi avaliada com base nos valores de assimetria (*skewness*) e curtose (*kurtosis*), considerando-se como indicativos de normalidade valores compreendidos entre -2 e 2 (George & Mallery, 2010). Adicionalmente, avaliou-se a distribuição das respostas de cada escala quanto à presença de efeitos de chão e teto, com o objetivo de verificar a existência de concentração excessiva de respostas nos extremos, a qual poderia limitar a variabilidade da medida e condicionar a deteção de associações entre variáveis. De acordo com Terwee et al. (2007), considerou-se a presença de efeito chão ou teto quando mais de 15% das participantes apresentava, respetivamente, a pontuação mínima ou máxima possível no item. A deteção de valores extremos (outliers) foi efetuada através da inspeção visual de diagramas de caixa de bigodes (*boxplots*), conforme recomendado por Field (2017).

As diferenças entre grupos foram analisadas de acordo com a natureza das variáveis envolvidas. Para comparações entre dois grupos, recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes. O tamanho do efeito foi estimado através do *d* de Cohen ou, em caso de violação do pressuposto de homogeneidade das variâncias, através do *d* de Glass, calculado com base no desvio padrão do grupo de referência (Glass, 1976). A interpretação seguiu os critérios de Cohen (1988): efeitos pequenos (até .49), médios (.50-.79) e grandes ($\geq .80$). Para comparações entre três ou mais grupos, foram realizadas análises univariadas da variância (ANOVA). A homogeneidade das variâncias foi previamente avaliada através do teste de Levene. Quando este pressuposto se encontrava cumprido, utilizaram-se comparações post hoc de Tukey e o tamanho do efeito foi estimado através do eta quadrado parcial (η^2). Quando se verificou violação da homogeneidade das variâncias, recorreu-se à ANOVA de Welch, a comparações post hoc de Games-Howell e ao omega quadrado (ω^2). A interpretação de ambos os índices seguiu os critérios de Cohen (1988): efeitos pequenos ($\approx .01-.05$), médios ($\approx .06-.13$) e grandes ($\geq .14$).

A relação entre variáveis contínuas foi analisada através do coeficiente de correlação de Pearson, tendo-se adotado um nível de significância estatística de $p < .05$ em todas as análises.

A consistência interna dos instrumentos de autorrelato foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach (α), tanto para as escalas totais como para as respectivas dimensões. Consideraram-se valores inferiores a .60 como inadmissíveis, entre .60 e .69 fracos, entre .70 e .79 aceitáveis, entre .80 e .89 elevados e entre .90 e 1 excelentes (Pestana & Gageiro, 2008). Por fim, para testar o papel moderador da autocompaixão na relação entre violência obstétrica e sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto, foi utilizado o modelo 1 da macro PROCESS para SPSS, versão 5.0 (Hayes, 2022). A violência obstétrica foi introduzida como variável independente, a sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto como variável dependente e a autocompaixão como variável moderadora. Foram incluídas como covariáveis o rendimento, a presença de diagnóstico de saúde mental e o tipo de parto, este último introduzido através de quatro variáveis dummy, tendo o parto vaginal espontâneo sido definido como categoria de referência. Adicionalmente, foi realizada uma regressão linear múltipla com o objetivo de analisar se a dimensão Tolerância ao Sofrimento predizia a sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto, após o controlo das mesmas covariáveis.

Resultados

Análises Preliminares

Relativamente à Escala de Violência Obstétrica (OVAS), a assimetria dos itens variou entre 0.08, no item 4, e 1.70, no item 6, e a curtose variou entre -1.66, no item 7, e 1.22, no item 6. No que respeita à City BiTS, a assimetria dos itens variou entre -0.69, no item 26, e 3.98, no item 9, e a curtose variou entre -1.47, no item 21, e 23.73, no item 29. Relativamente à CMAS, a assimetria dos itens variou entre -2.21, no item 4, e -0.09, no item 18, e a curtose variou entre -0.88, no item 9, e 6.98, no item 4. Estes resultados indicam que, embora a maioria dos valores se situe dentro dos limites previamente definidos, alguns itens da City BiTS e da CMAS apresentaram valores mais elevados de assimetria e/ou curtose, sugerindo desvios à normalidade em itens específicos. A análise dos diagramas de caixa permitiu identificar três valores extremos na pontuação total da City BiTS. Estes casos foram mantidos na base de dados por corresponderem a respostas válidas e teoricamente plausíveis, não tendo sido identificados valores extremos relevantes nas restantes variáveis principais.

Verificou-se, no entanto, um efeito de chão acentuado em todos os dez itens da OVAS, com mais de 15.00% das participantes a selecionar a pontuação mínima da escala em cada um deles, com valores que variaram entre 29.81% no item 4 e 77.88% no item 6. Verificou-se ainda efeito de teto em sete itens da OVAS, nomeadamente nos itens 1, 2, 4, 7, 8, 9 e 10, com percentagens compreendidas entre 19.23% no item 1 e 25.96% no item 10. Estes resultados evidenciam uma concentração acentuada das respostas nos extremos da escala, sobretudo nos níveis mais baixos de perceção de violência obstétrica, refletindo uma reduzida variabilidade em praticamente todos os itens da OVAS.

Relativamente à City BiTS, verificou-se efeito de chão em 24 dos 29 itens, com percentagens de resposta na pontuação mínima superiores a 15.00%, variando entre 26.92% no item 17 e 90.38% no item 9. Observou-se ainda efeito de teto em oito itens da escala, designadamente nos itens 15, 17, 19, 21, 25, 26, 27 e 28, com percentagens compreendidas entre 18.27% no item 15 e 29.81% no item 26. No que respeita à CMAS, não se verificou efeito de chão em nenhum dos itens. Contudo, observou-se efeito de teto em nove itens, nomeadamente nos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 12, com percentagens compreendidas entre 15.38% no item 12 e 50.96% no item 4.

Posteriormente, foram testadas eventuais diferenças estatisticamente significativas nas variáveis principais do estudo em função das variáveis sociodemográficas e obstétricas. Tendo em conta a extensão dos dados recolhidos, apresentam-se de seguida apenas os

resultados estatisticamente significativos com tamanhos de efeito de magnitude moderada ou superior.

No que respeita ao rendimento, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na dimensão Tolerância ao Sofrimento da CMAS, $F(6, 31.08) = 3.08, p = .009, \omega^2 = .09$, correspondendo a um efeito de magnitude moderada. A análise post hoc de Games-Howell revelou que as participantes com rendimentos entre 1601€ e 2000€ apresentavam níveis significativamente mais elevados de tolerância ao sofrimento do que as participantes com rendimentos entre 1201€ e 1600€ e entre 2001€ e 2600 €.

Relativamente à perceção de violência obstétrica, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na pontuação total da OVAS em função do tipo de parto, $F(4, 99) = 2.82, p = .029, \eta p^2 = .10$, correspondendo a um efeito de magnitude moderada. Uma vez que o teste de Levene indicou violação da homogeneidade das variâncias, foram consideradas as comparações post hoc de Games-Howell. Estas indicaram que as participantes que tiveram parto vaginal instrumentado apresentaram níveis significativamente mais elevados de violência obstétrica do que as participantes submetidas a cesariana programada. No que respeita à existência de um diagnóstico de saúde mental, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com diversas variáveis em estudo. Começando pela sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto, as participantes que referiram ter recebido um diagnóstico de saúde mental apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomas gerais da City BiTS, $t(102) = -5.17, p < .001, d = -1.24$, bem como de sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto, $t(102) = -4.56, p < .001, d = -1.10$. Estes resultados sugerem que a presença de diagnóstico de saúde mental se associa sobretudo a níveis mais elevados de sintomas gerais e de sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto. Por fim, relativamente à autocompaixão, as participantes com diagnóstico de saúde mental apresentaram níveis significativamente mais baixos na pontuação total da CMAS, $t(102) = 2.65, p = .009, d = .64$, e na dimensão Tolerância ao Sofrimento, $t(102) = 3.08, p = .003, d = .74$.

Perante estes resultados, as variáveis rendimento, tipo de parto, e presença de diagnóstico foram controladas nas análises posteriores.

Correlações

Na Tabela 1 apresentam-se as correlações de Pearson entre as variáveis principais em estudo, bem como as correlações parciais obtidas após o controlo do rendimento, do tipo de parto e da presença de diagnóstico de saúde mental. Os resultados revelaram associações

positivas e estatisticamente significativas entre a percepção de violência obstétrica e a sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto, mantendo-se a maioria destas associações após o controlo das covariáveis. Especificamente, a pontuação total da OVAS correlacionou-se positivamente com a pontuação total da City BiTS ($r = .43, p < .001$; r parcial = $.47, p < .001$), sugerindo que níveis mais elevados de percepção de violência obstétrica se associam a níveis mais elevados de sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto. A pontuação total da OVAS correlacionou-se ainda positivamente com os sintomas relacionados com o parto ($r = .38, p < .001$; r parcial = $.41, p < .001$) e com os sintomas gerais da City BiTS ($r = .33, p < .001$; r parcial = $.36, p < .001$). Estes resultados sugerem que a percepção de violência obstétrica se associa tanto a sintomas diretamente relacionados com a experiência de parto como a sintomas gerais de stress pós-traumático, independentemente do rendimento, tipo de parto e da presença de diagnóstico de saúde mental.

No que diz respeito à autocompaixão, a pontuação total da CMAS apresentou uma associação negativa significativa apenas com os sintomas gerais da City BiTS ($r = -.26, p = .009$). Esta associação, contudo, não se manteve significativa na correlação parcial (r parcial = $-.16, p = .113$), sugerindo que a relação entre a autocompaixão total e os sintomas gerais de stress pós-traumático poderá ser explicada, pelo menos em parte, pelo rendimento, tipo de parto ou presença de diagnóstico de saúde mental.

Entre as dimensões da autocompaixão, a Tolerância ao Sofrimento apresentou as associações mais relevantes com a sintomatologia traumática, mantendo-se significativas mesmo após o controlo das covariáveis. Esta dimensão correlacionou-se negativamente com a pontuação total da City BiTS ($r = -.28, p = .004$; r parcial = $-.18, p = .047$) e com os sintomas gerais ($r = -.39, p < .001$; r parcial = $-.29, p = .003$).

Não se observaram correlações estatisticamente significativas entre a pontuação total da OVAS, nem as suas dimensões emocional e física, e a pontuação total ou as dimensões da CMAS, quer nas correlações totais quer nas parciais. Estes resultados sugerem que a percepção de violência obstétrica e a autocompaixão constituem, na presente amostra, dimensões relativamente independentes entre si.

Tabela 1*Intercorrelações entre as variáveis em estudo (N= 104)*

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. OVAS_T	—									
2. OVAS_E	.93*** (.93***)	—								
3. OVAS_F	.90*** (.90***)	.68*** (.69***)	—							
4. City_T	.43*** (.47***)	.41*** (.45***)	.37*** (.42***)	—						
5. City_SP	.38*** (.41***)	.40*** (.42***)	.29** (.32***)	.74*** (.74***)	—					
6. City_SG	.33*** (.36***)	.29** (.32**)	.31** (.34***)	.86*** (.86***)	.31** (.28**)	—				
7. CMAS_T	.01 (.01)	.00 (-.01)	.02 (-.02)	-.13 (-.04)	.08 (.12)	-.26** (-.16)	—			
8. CMAS_I	-.02 (-.02)	-.00 (-.01)	-.05 (-.04)	-.10 (-.04)	.03 (.05)	-.15 (-.09)	.66*** (.65***)	—		
9. CMAS_TS	-.09 (-.09)	-.08 (-.09)	-.09 (-.08)	-.28** (-.18*)	-.02 (-.03)	-.39*** (-.29**)	.84*** (.83***)	.37*** (.34**)	—	
10. CMAS_AA	.11 (.13)	.08 (.09)	.13 (.14)	.04 (.11)	.17 (.20)	-.07 (-.01)	.87*** (.87***)	.43*** (.43***)	.55*** (.56***)	—

Nota. Os valores fora dos parênteses representam as correlações totais, e os valores entre parênteses representam as correlações parciais, controlando o rendimento, o tipo de parto e a presença de diagnóstico de saúde mental. OVAS_T = pontuação total da Obstetric Violence Assessment Scale. OVAS_E = dimensão emocional da OVAS. OVAS_F = dimensão física da OVAS. City_T = pontuação total da City Birth Trauma Scale. City_SP = sintomas relacionados com o parto. City_SG = sintomas gerais. CMAS_T = pontuação total da Escala de Autocompaixão da Compassion Motivation and Action Scales. CMAS_I = Intenção; CMAS_TS = Tolerância ao Sofrimento. CMAS_AA =

Ação Autocompassiva. $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

O Papel Moderador da Autocompaixão na Relação entre a Violência Obstétrica e a Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto

Foi estimado um modelo de moderação (Modelo 1 do PROCESS para SPSS, versão 5.0; Hayes, 2022) para testar o papel moderador da autocompaixão na relação entre a violência obstétrica, enquanto variável independente, e a sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto, enquanto variável dependente. Foram incluídas como covariáveis o rendimento, a presença de diagnóstico de saúde mental e o tipo de parto, este último introduzido através de quatro variáveis dummy, tendo o parto vaginal espontâneo sido definido como categoria de referência.

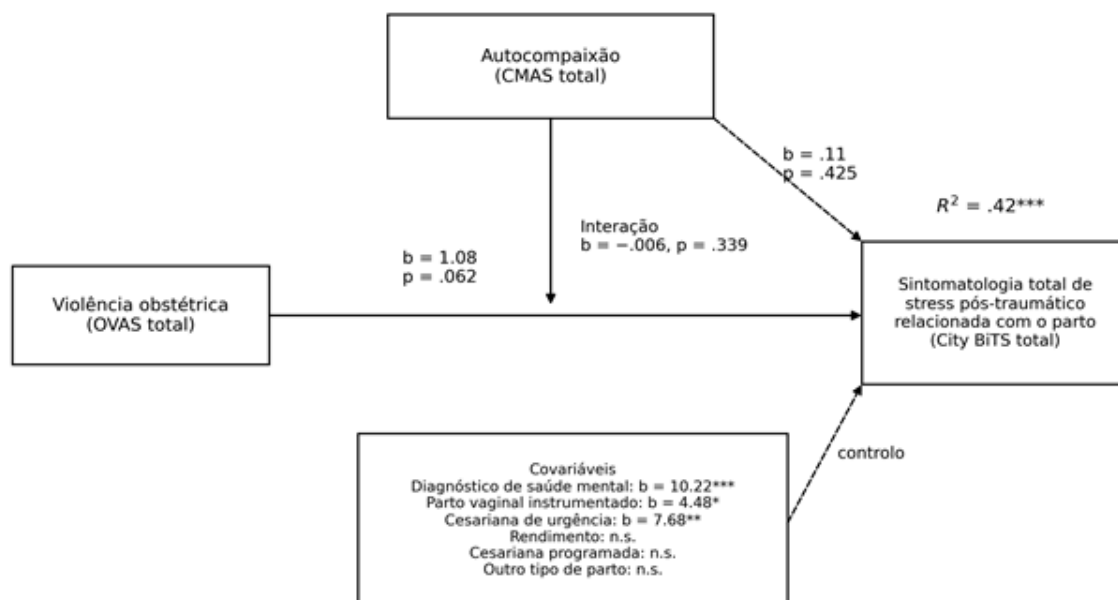
O modelo global revelou-se estatisticamente significativo, $F(9, 94) = 7.63, p < .001$, explicando 42.2% da variância da sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto, $R^2 = .422$. Contudo, o efeito de interação entre a violência obstétrica e a autocompaixão não foi estatisticamente significativo, $b = -.006, EP = .006, t = -.96, p = .339$, IC 95% $[-.018, .006]$. O termo de interação explicou apenas 0.6% de variância adicional, $\Delta R^2 = .006, F(1, 94) = .92, p = .339$. Estes resultados não apoiam a hipótese de que a autocompaixão modere a relação entre a violência obstétrica e a sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto. Adicionalmente, o efeito direto da violência obstétrica sobre a sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto esteve marginalmente perto da significância estatística, $b = 1.08, EP = .57, t = 1.89, p = .062$, IC 95% $[-.05, 2.21]$, pelo que a hipótese relativa ao impacto direto da violência obstétrica na sintomatologia total também não foi confirmada neste modelo.

Relativamente às covariáveis, a presença de diagnóstico de saúde mental, $b = 10.22, EP = 2.21, t = 4.63, p < .001$, IC 95% $[5.84, 14.61]$, o parto vaginal instrumentado, $b = 4.48, EP = 2.23, t = 2.01, p = .047$, IC 95% $[-.06, 8.91]$, e a cesariana de urgência, $b = 7.68, EP = 2.89, t = 2.66, p = .009$, IC 95% $[1.95, 13.41]$, apresentaram associações estatisticamente significativas com a sintomatologia total. As restantes covariáveis não apresentaram efeitos estatisticamente significativos.

O sumário dos coeficientes do modelo de moderação encontra-se apresentado na Tabela 2.

Figura 1

Modelo de moderação na relação entre a Violência Obstétrica e a Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto pela Autocompaixão.



Nota. O parto vaginal espontâneo foi definido como categoria de referência para as variáveis dummy do tipo de parto. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. n.s. = não significativo.

Tabela 2

Coeficientes do modelo de moderação da autocompaixão na relação entre violência obstétrica e sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto (N = 104)

Variável dependente: Sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto (City BiTS total)

						IC 95%	
Modelo		b	EP	t	p	LI	LS
Constante		9.19	13.39	.69	.494	-17.39	35.77
Violência obstétrica (OVAS total)		1.08	.57	1.89	.062	-.05	2.21
Autocompaixão (CMAS total)		.11	.14	.80	.425	-.16	.38
Violência obstétrica × Autocompaixão		-.006	.006	-.96	.339	-.018	.006

Autocompaixão						
Diagnóstico de saúde mental	10.22	2.21	4.63	< .001	5.84	14.61
Rendimento	-.05	.52	-.10	.919	-1.08	.97
Parto vaginal instrumentado	4.48	2.23	2.01	.047	.06	8.91
Cesariana programada	4.67	2.76	1.69	.094	-.81	10.15
Cesariana de urgência	7.68	2.89	2.66	.009	1.95	13.41
Outro tipo de parto	-1.56	3.83	-.41	.685	-9.17	6.05

Nota. *b* = coeficiente de regressão não estandardizado. *EP* = erro-padrão. *IC* = intervalo de confiança. *LI* = limite inferior. *LS* = limite superior. O parto vaginal espontâneo foi definido como categoria de referência para as variáveis dummy do tipo de parto. **p* < .05. ***p* < .01. ****p* < .001.

Análise de regressão linear múltipla da Tolerância ao Sofrimento como preditor da Sintomatologia de Stress Pós-Traumático Relacionada com o Parto

Atendendo à ausência de um efeito moderador da autocompaixão na relação entre a violência obstétrica e a sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla, com o objetivo de analisar o contributo da Tolerância ao Sofrimento na predição da sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto. Para além da Tolerância ao Sofrimento, foram incluídas no modelo as covariáveis rendimento, presença de diagnóstico de saúde mental e tipo de parto, este último introduzido através de quatro variáveis dummy, tendo o parto vaginal espontâneo sido definido como categoria de referência. Esta análise, de natureza exploratória, justifica-se pelo facto de a Tolerância ao Sofrimento ter sido a única dimensão da autocompaixão que se manteve significativamente associada à sintomatologia após o controlo das covariáveis, ao contrário da pontuação total da CMAS. Esta opção é ainda consistente com a literatura que sugere que dimensões específicas da autocompaixão podem desempenhar um papel distinto do constructo global (Whittingham & Mitchell, 2023).

O modelo de regressão revelou-se estatisticamente significativo, $F(7, 96) = 5.41$, $p < .001$, explicando 28.30% da variância da sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto, $R^2 = .28$, R^2 ajustado = .23.

A Tolerância ao Sofrimento não se revelou um preditor estatisticamente significativo da sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto, $b = -.18$, $EP = .11$, $\beta = -.15$, $t = -1.65$, $p = .102$, IC 95% [-.39, .04]. Embora o coeficiente de regressão sugira que níveis mais elevados de Tolerância ao Sofrimento tendem a associar-se a níveis inferiores de sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto, esta associação não

atingiu significância estatística após o controle das covariáveis.

Relativamente às covariáveis, verificou-se que a presença de diagnóstico de saúde mental, $b = 9.19$, $EP = 2.41$, $\beta = .35$, $t = 3.82$, $p < .001$, IC 95% [4.41, 13.96], o parto vaginal instrumentado, $b = 5.79$, $EP = 2.44$, $\beta = .22$, $t = 2.37$, $p = .020$, IC 95% [.95, 10.63], e a cesariana de urgência, $b = 8.63$, $EP = 3.17$, $\beta = .25$, $t = 2.72$, $p = .008$, IC 95% [2.33, 14.92], constituíram preditores positivos e estatisticamente significativos da sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto. O rendimento, a cesariana programada e outro tipo de parto não apresentaram efeitos estatisticamente significativos.

Em suma, embora o modelo de regressão tenha sido estatisticamente significativo, a Tolerância ao Sofrimento não se revelou um preditor significativo da sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto após o controle das covariáveis. Assim, os resultados sugerem que a sintomatologia total parece ser explicada sobretudo pela presença de diagnóstico de saúde mental e por determinados tipos de parto, nomeadamente o parto vaginal instrumentado e a cesariana de urgência, mais do que pela Tolerância ao Sofrimento.

Tabela 3

Regressão linear múltipla da Tolerância ao Sofrimento como preditor da sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto (N = 104)

Modelo	b	EP	β	t	p
Tolerância ao Sofrimento	-.18	.11	-.15	-1.65	.102
Rendimento	-.14	.56	-.02	-.24	.807
Diagnóstico de saúde mental	9.19	2.41	.35	3.82	< .001
Parto vaginal instrumentado	5.79	2.44	.22	2.37	.020
Cesariana programada	.96	2.95	.03	.33	.745
Cesariana de urgência	8.63	3.17	.25	2.72	.008
Outro tipo de parto	-.88	4.14	-.02	-.21	.833

Nota. Variável dependente: sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto. b = coeficiente de regressão não estandardizado; EP = erro padrão; β = coeficiente de regressão padronizado; p = nível de significância. O parto vaginal espontâneo foi definido como categoria de referência para as variáveis dummy do tipo de parto.

Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a violência obstétrica, a sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto e a autocompaixão, procurando compreender se a autocompaixão poderia desempenhar um papel moderador na relação entre a experiência de violência obstétrica e a sintomatologia traumática no período pós-parto. De acordo com este objetivo, foram formuladas três hipóteses: em primeiro lugar, esperava-se que a violência obstétrica, a autocompaixão e a sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto se encontrassem significativamente correlacionadas entre si; em segundo lugar, previa-se que a violência obstétrica apresentasse um impacto direto na sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto; por fim, esperava-se que a autocompaixão moderasse esta relação, atenuando a associação entre violência obstétrica e sintomatologia traumática.

Relativamente à H1, os resultados apoiaram parcialmente a hipótese formulada. A perceção de violência obstétrica apresentou associações positivas e estatisticamente significativas com a sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto, bem como com os sintomas relacionados com o parto e os sintomas gerais da City BiTS. Estes resultados sugerem que níveis mais elevados de perceção de violência obstétrica se associam a níveis superiores de sintomatologia traumática no período pós-parto. Esta associação manteve-se nas correlações parciais, após o controlo do rendimento, do tipo de parto e da presença de diagnóstico de saúde mental, o que reforça a relevância da experiência subjetiva de violência obstétrica na compreensão da sintomatologia traumática relacionada com o parto. Estes resultados são consistentes com a literatura que tem identificado experiências negativas, ameaçadoras ou traumáticas de parto como fatores associados ao desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático no período pós-parto. A meta-análise de Ayers et al. (2016) identificou fatores como experiências negativas de parto, medo intenso, complicações obstétricas e baixo suporte durante o parto como associados ao desenvolvimento de sintomatologia pós-traumática. De forma semelhante, Yildiz et al. (2017) verificaram que a perceção subjetiva negativa da experiência de parto constitui um fator relevante para o desenvolvimento de sintomas de PTSD no período pós-parto. Mais recentemente, Horsch et al. (2024) reforçaram que experiências marcadas por perda de controlo, medo, procedimentos urgentes ou perceção de ameaça podem contribuir para o desenvolvimento de CB-PTSD. Assim, os resultados do presente estudo aproximam-se da

literatura existente, ao sugerirem que experiências obstétricas percebidas como desrespeitosas, invasivas ou ameaçadoras podem estar associadas a maior sintomatologia traumática.

No entanto, a H1 não foi integralmente confirmada, uma vez que a violência obstétrica não se associou significativamente à autocompaixão total nem às dimensões da CMAS. Este resultado não apoia a hipótese de que níveis mais elevados de percepção de violência obstétrica estejam diretamente associados a menores níveis de autocompaixão. Uma possível explicação prende-se com o facto de a CMAS avaliar a autocompaixão de forma geral, não sendo uma medida especificamente desenvolvida para o contexto da maternidade, do parto ou da violência obstétrica. Assim, é possível que esta escala não capte de forma suficientemente sensível a forma como as mulheres se relacionam consigo próprias perante experiências obstétricas negativas ou potencialmente traumáticas.

Ainda no âmbito da H1, a autocompaixão total não apresentou uma associação significativa com a sintomatologia total da City BiTS nem com os sintomas relacionados com o parto, embora se tenha associado negativamente aos sintomas gerais. Entre as dimensões da autocompaixão, a Tolerância ao Sofrimento apresentou as associações mais relevantes, correlacionando-se negativamente com a sintomatologia total e com os sintomas gerais de stress pós-traumático relacionado com o parto. Estes resultados sugerem que a capacidade de permanecer em contacto com experiências emocionais difíceis poderá estar particularmente relacionada com manifestações mais gerais de sofrimento traumático, embora esta associação não seja suficiente para concluir um efeito preditivo robusto. Este padrão deve ser interpretado à luz da literatura sobre autocompaixão e trauma. Embora estudos prévios tenham demonstrado que níveis mais elevados de autocompaixão tendem a associar-se a menor sintomatologia psicopatológica e a menor sintomatologia de PTSD (MacBeth & Gumley, 2012; Thompson & Waltz, 2008), a literatura também reconhece alguma heterogeneidade entre estudos. Winders et al. (2020), numa revisão sistemática sobre autocompaixão e PTSD, concluíram que a associação entre estes construtos é geralmente negativa, mas salientaram que os estudos disponíveis apresentam desenhos, tipos de trauma e amostras muito diversos, sendo ainda limitada a evidência prospetiva. Assim, os resultados do presente estudo não devem ser entendidos como uma negação da relevância da autocompaixão, mas antes como indicação de que o seu papel poderá depender da dimensão avaliada, do tipo de sintomatologia considerada e do contexto específico da experiência traumática.

Quanto à H2, que previa um impacto direto da violência obstétrica na sintomatologia

de stress pós-traumático relacionada com o parto, os resultados não confirmaram esta hipótese no modelo de moderação. Embora as correlações tenham evidenciado uma associação positiva entre a violência obstétrica e a sintomatologia traumática, o efeito direto da violência obstétrica sobre a sintomatologia total não atingiu significância estatística quando considerado no modelo PROCESS com as covariáveis incluídas, nomeadamente rendimento, diagnóstico de saúde mental e tipo de parto introduzido através de variáveis dummy. Assim, a hipótese de impacto direto da violência obstétrica na sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto não foi apoiada neste modelo. Este resultado sugere que a relação entre violência obstétrica e sintomatologia traumática poderá ser influenciada por outras variáveis individuais e obstétricas. Em particular, a presença de diagnóstico de saúde mental, o parto vaginal instrumentado e a cesariana de urgência apresentaram associações significativas com a sintomatologia total nos modelos ajustados. Este padrão é coerente com a literatura que identifica história prévia de psicopatologia, complicações obstétricas e parto de emergência como fatores de risco associados ao desenvolvimento de CB-PTSD/CB-PTSS (Ayers et al., 2016; Grekin & O'Hara, 2014; Horsch et al., 2024). Deste modo, embora a perceção de violência obstétrica se associe à sintomatologia traumática nas análises correlacionais, o seu impacto direto poderá perder força quando são consideradas simultaneamente outras fontes de vulnerabilidade psicológica e obstétrica.

Importa também considerar os resultados das análises preliminares relativas ao tipo de parto. A perceção de violência obstétrica diferiu significativamente em função do tipo de parto, tendo as participantes que tiveram parto vaginal instrumentado apresentado níveis mais elevados de violência obstétrica do que as participantes submetidas a cesariana programada. Este resultado deve, contudo, ser interpretado com cautela, uma vez que o estudo de validação da OVAS reportou limitações no ajustamento do instrumento no subgrupo de mulheres submetidas a cesariana (Tavares et al., 2025). Assim, estas diferenças podem refletir especificidades reais das experiências obstétricas, mas também questões relacionadas com a forma como o instrumento capta a violência obstétrica em diferentes tipos de parto. Além disso, estes resultados devem ser interpretados com cautela devido ao número reduzido de participantes em algumas categorias de tipo de parto, nomeadamente outro tipo de parto ($n = 6$), cesariana de urgência ($n = 11$) e cesariana programada ($n = 14$), bem como à dimensão global da amostra ($N = 104$), o que poderá ter limitado a estabilidade das comparações entre grupos. No que respeita à H3, os resultados não apoiaram a hipótese de moderação. A autocompaixão total não moderou significativamente a relação entre violência obstétrica e

sintomatologia total de stress pós-traumático relacionada com o parto. Assim, na presente amostra, a associação entre violência obstétrica e sintomatologia traumática não variou em função dos níveis de autocompaixão. Estes resultados sugerem que, embora a autocompaixão possa constituir um recurso psicológico relevante em contextos de sofrimento, não atuou, neste estudo, como fator amortecedor direto da relação entre violência obstétrica e sintomatologia traumática total. A ausência deste efeito moderador deve ser interpretada com cautela. Em primeiro lugar, a CMAS avalia a motivação e a ação autocompassiva de forma geral, não tendo sido desenvolvida especificamente para o contexto da maternidade, do parto ou da violência obstétrica. Assim, poderá não captar de forma suficientemente sensível a forma como as mulheres respondem a si próprias após experiências obstétricas adversas, marcadas por desrespeito, perda de controlo, ausência de consentimento informado ou invalidação emocional. Este aspeto poderá ajudar a compreender por que razão a autocompaixão total não moderou a relação entre violência obstétrica e sintomatologia traumática. Em segundo lugar, os efeitos de moderação tendem frequentemente a ser de pequena magnitude e a exigir amostras maiores para serem detetados com robustez. Shebuski et al. (2020), por exemplo, identificaram um efeito moderador significativo da autocompaixão na relação entre exposição a trauma e sofrimento psicológico, mas esse efeito explicou apenas uma proporção reduzida de variância adicional. Assim, considerando a dimensão da presente amostra, é possível que o estudo não tenha tido poder estatístico suficiente para detetar efeitos de interação pequenos. Esta interpretação é particularmente relevante tendo em conta que a interação entre violência obstétrica e autocompaixão explicou uma proporção reduzida de variância adicional. Em terceiro lugar, a distribuição das respostas à OVAS poderá também ter condicionado a deteção de associações e efeitos de interação. As análises dos efeitos de chão e teto evidenciaram uma concentração das respostas nos níveis mais baixos da escala, sugerindo reduzida variabilidade na perceção de violência obstétrica na presente amostra. Este padrão pode ser interpretado como um efeito de chão, considerando o critério de mais de 15% de respostas na pontuação mínima do item (Terwee et al., 2007). Adicionalmente, a reduzida variabilidade de uma variável central pode limitar a deteção de associações estatisticamente significativas com outras variáveis psicológicas, bem como dificultar a identificação de efeitos moderadores (Field, 2017). Este aspeto poderá ajudar a compreender tanto a ausência de associação entre violência obstétrica e autocompaixão como a ausência de moderação. Apesar da ausência de moderação, os resultados relativos à Tolerância ao Sofrimento merecem atenção. Esta dimensão apresentou associações negativas com a sintomatologia traumática, sugerindo que mulheres com maior

capacidade de permanecer em contacto com experiências emocionais difíceis tendem a apresentar menores níveis de sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto. Contudo, quando analisada em regressão linear múltipla, após o controlo do rendimento, do tipo de parto e da presença de diagnóstico de saúde mental, a Tolerância ao Sofrimento não se revelou um preditor estatisticamente significativo da sintomatologia total. Assim, estes resultados sugerem uma associação potencialmente relevante, mas que não se manteve robusta quando consideradas as covariáveis. Este resultado aponta para a necessidade de compreender a autocompaixão de forma mais diferenciada. A autocompaixão total poderá não ser suficiente para explicar ou atenuar a sintomatologia traumática relacionada com o parto, mas dimensões específicas, como a Tolerância ao Sofrimento, podem relacionar-se com aspetos particulares do ajustamento emocional. Esta interpretação é coerente com Whittingham e Mitchell (2023), que verificaram, no contexto do parto, que a autocompaixão não amorteceu diretamente a relação entre parto difícil e sintomatologia de stress pós-traumático, embora se tenha associado a menor vergonha. Assim, o papel da autocompaixão poderá ser mais específico do que uma atenuação direta da sintomatologia traumática global, podendo estar relacionado com processos como vergonha, culpa, autocritica ou aceitação emocional.

Em síntese, os resultados do presente estudo apoiam parcialmente a H1, na medida em que a violência obstétrica se associou positivamente à sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto, mas não se associou à autocompaixão. A H2 não foi confirmada no modelo ajustado, uma vez que o efeito direto da violência obstétrica sobre a sintomatologia total não atingiu significância estatística após o controlo das covariáveis. Por fim, a H3 também não foi confirmada, dado que a autocompaixão não moderou significativamente a relação entre violência obstétrica e sintomatologia traumática. Estes resultados sugerem que a relação entre violência obstétrica, autocompaixão e sintomatologia pós-traumática é complexa e poderá ser influenciada por fatores individuais, obstétricos e metodológicos, nomeadamente diagnóstico de saúde mental, tipo de parto, especificidade dos instrumentos utilizados e variabilidade das respostas na amostra.

Limitações e estudos futuros

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados considerando algumas limitações metodológicas. Em primeiro lugar, o desenho transversal e correlacional não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Assim, embora as

análises correlacionais tenham evidenciado associações positivas entre a percepção de violência obstétrica e a sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto, não é possível concluir que a experiência de violência obstétrica cause diretamente sintomatologia traumática.

Uma segunda limitação prende-se com algumas características psicométricas da OVAS. Embora o instrumento apresente boas propriedades psicométricas gerais, o estudo de validação identificou dificuldades de ajustamento do modelo fatorial no grupo de mulheres submetidas a cesariana, possivelmente devido à inclusão, numa mesma categoria, de cesarianas programadas e de urgência (Tavares et al., 2025). Este aspeto deverá ser interpretado como uma limitação específica do funcionamento do instrumento nesse subgrupo, e não como uma dúvida genérica sobre a validade da escala. Esta questão é particularmente relevante no presente estudo, uma vez que o tipo de parto se associou a diferenças na percepção de violência obstétrica.

Adicionalmente, a análise dos efeitos de chão e teto dos itens da OVAS revelou uma concentração das respostas nos extremos da escala, sobretudo nos níveis mais baixos de percepção de violência obstétrica. Um padrão semelhante, ainda que no sentido inverso, foi observado na CMAS, que apresentou efeito de teto em vários itens, sugerindo uma concentração de respostas nos níveis mais elevados de autocompaixão. Este padrão sugere reduzida variabilidade em alguns itens, o que poderá ter condicionado a magnitude das associações observadas entre violência obstétrica e as restantes variáveis em estudo, bem como dificultado a deteção de efeitos de moderação.

Outra limitação relaciona-se com a utilização de uma medida geral de autocompaixão. Embora a CMAS permita avaliar dimensões relevantes da motivação e ação autocompassiva, esta medida não foi desenvolvida especificamente para o contexto da violência obstétrica. Assim, poderá não captar plenamente a forma como a autocompaixão se manifesta perante experiências obstétricas adversas, marcadas por desrespeito, perda de controlo, ausência de consentimento informado ou invalidação emocional.

Por fim, o tamanho da amostra poderá ter limitado o poder estatístico para detetar efeitos pequenos, particularmente efeitos de interação nos modelos de moderação. Esta limitação é relevante, uma vez que os efeitos de interação tendem a exigir maior poder estatístico para serem identificados de forma robusta (Hayes, 2022). No presente estudo, esta questão torna-se particularmente importante considerando a inclusão de covariáveis e a existência de subgrupos de reduzida dimensão em algumas categorias das variáveis

obstétricas e sociodemográficas. Assim, estudos futuros deverão recorrer a amostras maiores e mais heterogêneas, de modo a permitir uma análise mais estável da relação entre violência obstétrica, autocompaixão e sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto.

Implicações para a investigação e a prática clínica

Apesar das limitações referidas, o presente estudo contribui para aprofundar a compreensão da relação entre violência obstétrica, sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto e autocompaixão. Os resultados reforçam a importância de reconhecer a violência obstétrica como uma experiência potencialmente traumática, com implicações relevantes para a saúde mental materna no período pós-parto. Em termos de investigação, este estudo destaca a importância de continuar a explorar fatores de risco e de proteção associados ao impacto psicológico da violência obstétrica. Estudos futuros deverão aprofundar o papel de diferentes dimensões da autocompaixão, particularmente da Tolerância ao Sofrimento, bem como analisar outros processos psicológicos que possam explicar ou atenuar a relação entre experiências obstétricas adversas e sintomatologia traumática.

Do ponto de vista da prática clínica, estes resultados sublinham a importância de avaliar a experiência subjetiva de parto no acompanhamento psicológico de mulheres no pós-parto. Para além da identificação de sintomas depressivos ou ansiosos, poderá ser relevante explorar a presença de memórias intrusivas, evitamento, hiperativação, dissociação, sentimentos de culpa, vergonha ou perceção de perda de controlo associada ao parto. A identificação precoce de sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto poderá facilitar uma intervenção mais atempada e ajustada às necessidades das mulheres.

Embora a Tolerância ao Sofrimento não se tenha revelado um preditor estatisticamente significativo da sintomatologia total após o controlo das covariáveis, as associações negativas observadas com a sintomatologia traumática sugerem que esta dimensão poderá ser relevante para compreender o ajustamento emocional no período pós-parto. Assim, futuras investigações poderão explorar com maior detalhe o papel de processos como a aceitação emocional, a redução da autocrítica e a capacidade de permanecer em contacto com emoções difíceis em mulheres que vivenciaram experiências obstétricas adversas. Ao nível dos cuidados obstétricos, os resultados reforçam a necessidade de promover práticas centradas na mulher, baseadas no respeito pela autonomia, no consentimento informado, na comunicação clara e na validação emocional. A forma como os profissionais de saúde comunicam, explicam procedimentos e envolvem a mulher nas

decisões poderão ter um impacto significativo na forma como a experiência de parto é vivida e integrada posteriormente.

Em conclusão, o presente estudo contribuiu para a compreensão da relação entre violência obstétrica, sintomatologia de stress pós-traumático relacionada com o parto e autocompaixão. Os resultados evidenciaram que a percepção de violência obstétrica se associou positivamente à sintomatologia traumática no período pós-parto, reforçando a relevância psicológica das experiências obstétricas adversas. Contudo, no modelo ajustado, o efeito direto da violência obstétrica sobre a sintomatologia total não se revelou estatisticamente significativo, salientando a importância de considerar outros fatores individuais e obstétricos, como a presença de diagnóstico de saúde mental e o tipo de parto.

A hipótese de moderação também não foi confirmada, uma vez que a autocompaixão não atenuou significativamente a relação entre violência obstétrica e sintomatologia traumática. Ainda assim, a dimensão Tolerância ao Sofrimento apresentou associações negativas com a sintomatologia traumática, embora não se tenha revelado um preditor estatisticamente significativo após o controlo das covariáveis. Estes resultados sugerem que o papel da autocompaixão no contexto da violência obstétrica poderá ser mais específico e complexo do que o inicialmente previsto. Assim, futuras investigações deverão continuar a explorar os fatores de risco e proteção associados ao impacto psicológico das experiências obstétricas adversas, recorrendo a amostras maiores, instrumentos sensíveis à especificidade do contexto obstétrico e análises que considerem diferentes tipos de parto e dimensões específicas da autocompaixão. Clinicamente, os resultados reforçam a importância de uma abordagem sensível ao trauma, centrada no respeito pela autonomia, no consentimento informado, na comunicação clara e na validação emocional da experiência de parto.

Referências

- Adonis, M., Loucaides, M., Sullman, M. J. M., & Lajunen, T. (2025). The protective role of self-compassion in trauma recovery and its moderating impact on post-traumatic symptoms and post-traumatic growth. *Scientific Reports*, 15(1), Article 8145. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-91819-x>
- Aleixo, B. A., & Gonçalves, M. (2017). Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério. *Psychiatry Online Brasil*, 22(5). <https://www.polbr.med.br/ano17/prat0517.php>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
- Assembleia da República. (2014). Lei n.º 15/2014, de 21 de março. Consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 57/2014. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/15-2014-571943>
- Assembleia da República. (2025). Lei n.º 33/2025, de 31 de março. Promove os direitos na gravidez e no parto e altera a Lei n.º 15/2014, de 21 de março. *Diário da República*, 1.^a série, n.º 63/2025. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/33-2025-913048477>
- Assembleia da República. (2026). Decreto da Assembleia da República n.º 101/XVII — Altera a Lei n.º 33/2025, de 31 de março, que promove os direitos na gravidez, parto e puerpério, e a Lei n.º 15/2014, de 21 de março, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheDiplomaAprovado.aspx?BID=135852>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>
- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 409. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>

- Berzon, C., & Shabot, S. C. (2023). Obstetric violence and vulnerability: A bioethical approach. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 16(1), 52–76. <https://doi.org/10.3138/IJFAB-16.2.02>
- Bidoli, A. (2024). Let us name — and shame — obstetric violence. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 231(4), e160. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2024.05.034>
- Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., Miller, S., & the IMAGINE EURO Study Group. (2019). *Improving maternal and newborn care: Results from the IMAGINE EURO project*. Organização Mundial da Saúde.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*, 12(6), Article e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Carvalho, B. J. da S. (2024). *Violência obstétrica em Portugal: Prevalência e impacto psicológico em mulheres parturientes* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho].
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203–230. https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_8
- Chervenak, F. A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S. L., De Four Jones, M., Gordon, M. R., Combs, A., Bornstein, E., Lewis, D., Katz, A., Warman, A., & Grünebaum, A. (2024). Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S), S1138–S1145. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Costa, R., Barata, C., Dias, H., Rodrigues, C., Santos, T., Mariani, I., Covi, B., Valente, E. P., Lazzerini, M., Čerimagić, A., Drandić, D., Kurbanović, M., Rozée, V., Elise, L., Löfgren, K., Miani, C., Batram-Zantvoort, S., Wandschneider, L., Lazzerini, M., ...

- Mueller, A. (2022). Regional differences in the quality of maternal and neonatal care during the COVID-19 pandemic in Portugal: Results from the IMAGiNE EURO study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 159(S1), 137–153. <https://doi.org/10.1002/ijgo.14507>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Eisinga, R., te Grotenhuis, M., & Pelzer, B. (2013). The reliability of a two-item scale: Pearson, Cronbach, or Spearman-Brown? *International Journal of Public Health*, 58(4), 637–642. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0416-3>
- Field, A. (2017). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE.
- Finuoli, M. di L. (2023). Obstetric violence in Italy. *Hospitals*, 1(1), 3–15. <https://doi.org/10.3390/hospitals1010002>
- Fraser, L. K., Cano-Ibáñez, N., Amezcua-Prieto, C., Khan, K. S., Lamont, R. F., & Jørgensen, J. S. (2024). Prevalence of obstetric violence in high-income countries: A systematic review of mixed studies and meta-analysis of quantitative studies. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 104(1), 13–28. <https://doi.org/10.1111/aogs.14962>
- George, D., & Mallery, P. (2010). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference* (10th ed.). Pearson.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gilbert, P., & Choden. (2014). *Mindful compassion: How the science of compassion can help you understand your emotions, live in the present, and connect deeply with others*. New Harbinger Publications.
- Gilbert, P., Catarino, F., Duarte, C., Matos, M., Kolts, R., Stubbs, J., Ceresatto, L., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., & Basran, J. (2017). The development of compassionate engagement and action scales for self and others. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(1). <https://doi.org/10.1186/s40639-017-0033-3>

- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5(10), 3–8. <https://doi.org/10.3102/0013189X005010003>
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Hakimi, S., Allahqoli, L., Alizadeh, M., Ozdemir, M., Soori, H., Turfan, E. C., Sogukpinar, N., & Alkatout, I. (2025). Global prevalence and risk factors of obstetric violence: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 169(3), 1012–1024. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16145>
- Hayes, A. F. (2022). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (3rd ed.). The Guilford Press.
- Heyne, C.-S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among parents: A comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, Article 102157. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157>
- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S), S1116–S1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
- IBM Corp. (2024). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 30.0) [Computer software]. IBM Corp.
- International Confederation of Midwives. (2024). *Obstetric violence and mistreatment and violence against women in reproductive health services*. <https://internationalmidwives.org/resources/obstetric-violence-and-mistreatment-and-violence-against-women-in-reproductive-health-services/>
- Kirby, J. N., Doty, J. R., Petrocchi, N., & Gilbert, P. (2019). The current and future role of heart rate variability for assessing and training compassion. *Frontiers in Public*

Health, 7, Article 40. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00040>

- Kranenburg, L., Lambregtse-van den Berg, M., & Stramrood, C. (2023). Traumatic childbirth experience and childbirth-related post-traumatic stress disorder (PTSD): A contemporary overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), Article 2775. <https://doi.org/10.3390/ijerph20042775>
- Küçük, E., & Çalik, K. Y. (2025). Evaluation of prevalence of obstetric violence and its associated factors: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. <https://doi.org/10.1177/15248380251357612>
- Leite, T. H., Marques, E. S., Esteves-Pereira, A. P., Nucci, M. F., Portella, Y., & Leal, M. D. C. (2022). Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: Um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(2), 483–491. <https://doi.org/10.1590/1413-8123202272.38592020>
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Matos, M., Gonçalves, E., Palmeira, L., Melo, I., Steindl, S. R., & Gomes, A. A. (2023). Advancing the assessment of compassion: Psychometric study of the Compassion Motivation and Action Scales in a Portuguese sample. *Current Psychology*, 42, 10092–10106. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02311-4>
- Nascimento, G. S. do, Santos, M. M. dos, Silva, L. J. da, Carvalho, M. R. de, & Silva, R. S. da. (2022). Violência obstétrica: Análise conceitual no contexto da enfermagem. *Aquichan*, 22(4), Article e2248. <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.8>
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/jclp.21923>

- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Observatório de Violência Obstétrica em Portugal. (2026). *Comunicado: Eliminação do termo Violência Obstétrica da Lei 33/2025*. <https://ovoportugal.pt/blog/comunicado-ovo-pt-eliminacao-do-termo-violencia-obstetrica-da-lei-332025>
- Oliveira, S. P., Marques, E. S., Mesenburg, M. A., & Leite, T. H. (2025). Prevalence of obstetric violence during childbirth in Latin America and the Caribbean: A systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*. <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/prevalence-of-obstetric-violence-during-childbirth-in-latin-america-and-the-caribbean-a-systematic-review/19709?id=19709&id=19709>
- Organização Mundial da Saúde. (2019). *Classificação Internacional de Doenças para Estatísticas de Mortalidade e Morbilidade: CID-11*. Organização Mundial da Saúde. <https://icd.who.int/>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Prevenção e eliminação do desrespeito e abuso durante o parto em unidades de saúde*. Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/>
- Ortiz-Esquinas, I., Mazoterias-Pardo, V., Martínez-Galiano, J. M., Ballesta-Castillejos, A., Martínez-Rodríguez, S., & Hernandez-Martinez, A. (2025). Perception of obstetric violence and risk of post-traumatic stress disorder at 6 months postpartum: An observational study. *Frontiers in Psychology*, 16, Article 1712911. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1712911>
- Osório, F. de L., Darwin, A. C. R., Bombonetti, E. A., & Ayers, S. (2022). Posttraumatic stress following childbirth: Psychometric properties of the Brazilian version of the City Birth Trauma Scale. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 43(3), 374–383. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2021.1977278>
- Özer, E., Şen, Y. Ç., & Canli, S. (2025). Evaluation of the prevalence of obstetric violence

- during childbirth: A meta-analysis study. *Aggression and Violent Behavior*, 83, Article 102067. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2025.102067>
- Parlamento Europeu. (2024). *Obstetric and gynaecological violence in the EU: Prevalence, legal frameworks and educational guidelines for prevention and elimination*. <http://www.europarl.europa.eu/supporting-analyses>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (5.^a ed.). Edições Sílabo.
- Shebuski, K., Bowie, J.-A., & Ashby, J. S. (2020). Self-compassion, trait resilience, and trauma exposure in undergraduate students. *Journal of College Counseling*, 23(1), 2–14. <https://doi.org/10.1002/jocc.12145>
- Steindl, S. R., Matos, M., & Creed, A. K. (2021). The Compassion Motivation and Action Scales: A self-report measure of compassionate and self-compassionate behaviours. *Australian Psychologist*, 56(2), 93–110. <https://doi.org/10.1080/00050067.2021.1893110>
- Sun, X., Fan, X., Cong, S., Wang, R., Sha, L., Xie, H., Han, J., Zhu, Z., & Zhang, A. (2023). Psychological birth trauma: A concept analysis. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 1065612. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1065612>
- Tavares, M., Alexandre-Sousa, P., Carvalho, S., Loureiro, S., & Mendes, J. (2025). Obstetric violence assessment scale: Development and validation. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(26), Article e38806. <https://doi.org/10.29352/mill0226.38806>
- Teixeira, C., Lorth, E., & Barros, H. (2022). Time trends in episiotomy and severe perineal tears in Portugal: A nationwide register-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, Article 976. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05192-3>
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. W. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress, 21*(6), 556–558. <https://doi.org/10.1002/jts.20374>
- United Nations Human Rights Council. (2023). *Report of the Special Rapporteur on violence against women and girls, its causes and consequences*. <https://www.ohchr.org/en/special-procedures/sr-violence-against-women>
- Vega-Sanz, M., Halty, A., Goñi-Dengra, S., Pitillas, C., & Berástegui, A. (2025). Exploring traumatic childbirth: Associations between obstetric violence indicators and perinatal posttraumatic stress. *PLOS ONE, 20*(6), Article e0324461. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0324461>
- Whittingham, K., & Mitchell, A. E. (2023). Postnatal traumatic symptoms and shame: A cross-sectional study examining the role of birth, breastfeeding, psychological flexibility and self-compassion. *Journal of Contextual Behavioral Science, 28*, 248–255. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.04.004>
- Winders, S.-J., Murphy, O., Looney, K., & O'Reilly, G. (2020). Self-compassion, trauma, and posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 27*(3), 300–329. <https://doi.org/10.1002/cpp.2429>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 208*, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>

Apêndices

Apêndice 1



Parecer da Comissão de Ética

Parecer: CE-P07-26

Título do Projeto de Investigação: *Experiências de Parto e Saúde Mental*

Investigador/a e co-investigadores/as: Sofia do Carmo Espinho Roque

Orientador/a: Prof. Doutora Cláudia Patrícia Nunes Pires

Data entrada: 21-01-2026

Data de apreciação: 18-02-2026

Relator/a: Ana Elisabete Ferreira, PhD.

Votação: *Aprovado por unanimidade.*

Fundamentação:

A Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, após análise e consideração dos aspetos éticos deste estudo, emite *Parecer positivo*, considerando os parâmetros abaixo indicados. Encontram-se verificados os pressupostos concernentes às boas práticas de investigação, à proteção dos participantes, ao consentimento informado e à proteção de dados pessoais.

Aspetos considerados:	Observações:
• Preparação técnica e metodológica dos investigadores	Cumpre.
• Clareza do projeto quanto aos objetivos	Cumpre.
• Clareza das metodologias respeitantes às boas práticas de investigação	Cumpre.
• Conformidade dos propósitos do estudo em face dos resultados expectáveis	Cumpre.
• Salvaguarda de populações especialmente vulneráveis	Não aplicável.
• Adequação da informação prestada ao participante; forma e modo de obtenção do consentimento	Cumpre.
• Salvaguarda da proteção de dados pessoais dos participantes	Cumpre.
• Conformidade com a Declaração de Helsínquia, demais princípios éticos e disposições legais aplicáveis	Cumpre.

Coimbra, 18 de fevereiro de 2026.

Pela Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, o Presidente:

André Dias Pereira, Prof. Doutor

Apêndice 2

Protocolo de Aplicação do Questionário da Investigação aos Participantes

Título do Questionário: Experiências de Parto e Saúde Mental

Cara/o participante,

No Instituto Superior Miguel Torga, em Coimbra, está a ser desenvolvido um projeto de investigação, no âmbito de uma dissertação de mestrado, que tem como objetivo compreender a relação entre experiências de parto e os seus impactos na saúde mental.

A relevância deste estudo prende-se com a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a forma como experiências vividas durante o processo do parto se associam ao funcionamento emocional e psicológico. A forma como estas experiências são integradas emocionalmente pode ter implicações no bem-estar psicológico a curto e a longo prazo.

Neste sentido, os resultados desta investigação poderão contribuir para uma melhor compreensão destes fenómenos, bem como para o desenvolvimento de intervenções psicológicas mais ajustadas e eficazes.

Para participar neste estudo, é necessário:

- Ter 18 anos ou mais;
- Compreender a língua portuguesa;
- Ter tido pelo menos um parto nos últimos 5 anos.

A participação consiste no preenchimento de um conjunto de questionários de autorresposta. A participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou penalização.

É garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. Aos dados recolhidos será atribuído um código, sendo estes tratados e analisados exclusivamente pelas investigadoras envolvidas neste projeto e utilizados apenas para fins científicos.

Poderemos solicitar que preencha novamente parte destes questionários daqui a

alguns meses. A participação nesta fase adicional é também totalmente voluntária e dependerá de nova autorização. Caso concorde, pedimos que indique um endereço de e-mail, que será utilizado exclusivamente para o/a contactar para esse fim.

Não são antecipados riscos decorrentes da participação neste estudo. No entanto, atendendo à natureza sensível dos temas abordados, caso o preenchimento dos questionários lhe cause algum desconforto ou sofrimento emocional, poderá interromper a participação e, se necessário, recorrer às seguintes linhas/serviços de apoio psicológico:

- Serviço de Aconselhamento Psicológico do SNS 24 (24h/dia):
808 24 24 24 (opção 4)
- SOS Voz Amiga (todos os dias das 15h30 às 00h30):
213 544 545 | 912 802 669 | 963 524 660
- Linha "Mãe, Nós Ajudamos!"
Telefone: (+351) 932 561 666
Horário: Dias úteis (2ª a 6ª feira), das 17h30 às 20h30
- SOS Amamentação
Telefone: 213 880 915
Horário: Todos os dias, das 10h às 18h
- SOS Grávida
Telefones: 21 386 20 20 | 808 20 11 39
Horário: Das 9h às 23h
- Gabinete de Apoio Psicológico do Instituto Superior Miguel Torga (para marcação de consultas)
Telefone: 239 488 030
E-mail: gapsi@ismt.pt

Poderá ainda contactar a equipa de investigação caso pretenda obter mais informações ou conhecer os resultados globais do estudo.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga, assegurando o cumprimento de todas as normas éticas em investigação, nomeadamente o consentimento informado, a participação voluntária e a proteção dos direitos, segurança e bem-estar das pessoas participantes.

Encontramo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

A Investigadora Principal
Sofia Roque
sofiaroque17@gmail.com

A Docente Orientadora
Cláudia Pires
claudiapires@ismt.pt

Questionário Sociodemográfico

Tabela 1

Pergunta	Tipo de resposta	Opções de resposta
E-mail	Resposta aberta	Opcional; utilizado apenas para eventual participação futura, não implicando obrigação de participação.
Código	Resposta aberta	Iniciais de cada nome da mãe e últimos três dígitos do telemóvel. Exemplo: MRG678.
Nacionalidade	Resposta aberta	—
Idade	Resposta aberta	—
Qual a melhor descrição da sua identidade de género neste momento?	Escolha única	Mulher; Outro.
Estado civil	Escolha única	Solteiro/a; Solteiro/a, numa relação; Casado/a ou em união de facto; Separado/a ou divorciado/a; Viúvo/a.
Habilitações literárias	Escolha única	Ensino básico; Ensino secundário; Pós-secundário não superior; Licenciatura; Mestrado; Doutoramento.

Qual a sua área de residência atual?	Escolha única	Norte; Centro; Lisboa e Vale do Tejo; Alentejo; Algarve; Região Autónoma dos Açores; Região Autónoma da Madeira; Residente no estrangeiro.
Situação profissional	Escolha única	Trabalhador/a por conta de outrem; Trabalhador/a por conta própria; Trabalhador/a-estudante; Estudante; Desempregado/a.
Qual é o rendimento mensal líquido aproximado do seu agregado familiar?	Escolha única	Até 900€; Entre 901€ e 1200€; Entre 1201€ e 1600€; Entre 1601€ e 2000€; Entre 2001€ e 2600€; Entre 2601€ e 3000€; Mais de 3000€.
Alguma vez foi diagnosticado/a com uma condição de saúde mental?	Escolha única	Sim; Não.
Caso a sua resposta tenha sido 'Sim', quem fez o diagnóstico?	Escolha única	Psicólogo/a; Psiquiatra; Médico de família; Outro; Sem resposta.
Caso a sua resposta tenha sido 'Sim', por favor, especifique o diagnóstico.	Resposta aberta	—
Caso a sua resposta tenha sido 'Sim', há quanto tempo foi feito o diagnóstico?	Resposta aberta	—

Tabela 2

História Obstétrica e Perinatal

Pergunta	Tipo de resposta	Opções de resposta
Relativamente ao parto que está a considerar, indique	Data	Formato: dd/mm/aaaa.

a data em que ocorreu.		
Quantos partos teve até ao momento?	Escolha única	1; 2; 3 ou mais.
Relativamente ao parto que está a considerar, o bebé nasceu prematuro (antes das 37 semanas de gestação)?	Escolha única	Sim; Não; Não sei / não me recordo; Outro.
O tipo de gestação foi:	Escolha única	Única; Gemelar; Múltipla (trigêmeos ou mais).
Qual foi o tipo de parto?	Escolha única	Parto vaginal espontâneo; Parto vaginal instrumentado (fórceps ou ventosa); Cesariana programada; Cesariana de urgência; Outro.
Durante a gravidez, parto ou pós-parto imediato, ocorreram complicações obstétricas?	Escolha única	Sim; Não; Não sei / não me recordo.
Se respondeu 'Sim' à questão anterior, que complicações ocorreram?	Escolha múltipla	Diabetes gestacional; Trabalho de parto prolongado; Indução do parto; Laceração grave; Episiotomia; Hemorragia; Hipertensão / pré-eclâmpsia; Infecção; Incontinência urinária ou fecal; Outro.
O bebé apresentou complicações fetais ou neonatais?	Escolha única	Sim; Não; Não sei / não me recordo.
Se respondeu 'Sim' à questão anterior, que complicações ocorreram?	Escolha múltipla	Baixo peso ao nascer; Dificuldades respiratórias; Internamento em unidade de cuidados intensivos neonatais; Icterícia; Infecções; Outro.
O bebé foi alimentado exclusivamente com leite	Escolha única	Sim; Não; Sim, apenas

materno após o nascimento?		durante algum tempo; Outro.
----------------------------	--	-----------------------------

City Birth Trauma Scale (City BiTS)

Este questionário contém perguntas sobre a experiência durante o parto considerado. Investiga possíveis eventos que possam ter ocorrido durante, ou imediatamente após, o trabalho de parto e nascimento do bebê, bem como sintomas relatados por algumas mulheres após o nascimento.

Tabela 3

City BiTS: eventos durante o trabalho de parto, nascimento e período imediatamente posterior

Item	Sim	Não
1. Acreditou que você ou o seu bebê seriam gravemente feridos/as?		
2. Acreditou que você ou o seu bebê iriam morrer?		

Tabela 4

City BiTS: sintomas experienciados na última semana

Item	Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 ou mais vezes
1. Memórias indesejadas recorrentes sobre o nascimento (ou partes do nascimento) que não consegue controlar.				
2. Sonhos maus ou pesadelos sobre o nascimento (ou relacionados ao nascimento).				
3. Flashbacks do nascimento e/ou sensação de estar a reviver a experiência.				

4. Ficar chateada quando se lembra do nascimento.				
5. Sentir-se tensa ou ansiosa quando se lembra do nascimento.				
6. Tentar evitar pensar sobre o nascimento.				
7. Tentar evitar coisas que a lembram do nascimento (por exemplo: pessoas, lugares, programas de TV).				
8. Não conseguir recordar detalhes do nascimento.				
9. Culpar a si mesma ou a outras pessoas pelo que aconteceu durante o nascimento.				
10. Sentir fortes emoções negativas relacionadas ao nascimento (por exemplo: medo, raiva, vergonha).				
11. Sentir-se mal consigo mesma ou pensar que algo terrível irá acontecer.				
12. Perder o interesse em atividades que eram importantes para si.				
13. Sentir-se desconectada/distante de outras pessoas.				
14. Não conseguir sentir emoções positivas (por exemplo: felicidade, animação).				
15. Sentir-se irritável ou agressiva.				

16. Sentir-se autodestrutiva ou agir de modo imprudente.				
17. Sentir-se tensa e no limite.				
18. Sentir-se apreensiva ou facilmente assustada.				
19. Problemas de concentração.				
20. Não dormir bem por causa de coisas que não têm relação com o padrão de sono do bebê.				
21. Sentir-se desconectada/distante ou como se estivesse num sonho.				
22. Sentir que as coisas estão distorcidas ou não são reais.				

Tabela 5

City BiTS: questões de início, duração, impacto e causa dos sintomas

Pergunta	Tipo de resposta	Opções de resposta
Quando começaram esses sintomas?	Escolha única	Antes do nascimento; Nos primeiros 6 meses após o nascimento; Mais de 6 meses após o nascimento; Não se aplica (não tenho nenhum sintoma).
Há quanto tempo duram esses sintomas?	Escolha única	Menos de 1 mês; Entre 1 e 3 meses; 3 meses ou mais; Não se aplica (não tenho nenhum sintoma).
Esses sintomas causam-lhe muito sofrimento?	Escolha única	Sim; Não; Algumas vezes; Não se aplica (não

		tenho nenhum sintoma).
Esses sintomas impedem que faça coisas que normalmente fazia (por exemplo: estar com as pessoas, realizar as suas atividades diárias)?	Escolha única	Sim; Não; Algumas vezes; Não se aplica (não tenho nenhum sintoma).
Algun desses sintomas poderia ser causado por medicamentos, álcool, drogas ou doença física?	Escolha única	Sim; Não; Talvez.

Obstetric Violence Assessment Scale (OVAS)

As afirmações referem-se à experiência durante o trabalho de parto considerado. Não existem respostas certas ou erradas; a participante deve responder de acordo com a sua experiência.

Tabela 6

OVAS: itens e opções de resposta

Item	Disco rdo totalmente	Disc ordo	Conc ordo	Conc ordo totalmente
1. Cortaram-me o períneo sem anestesia.				
2. Desvalorizaram as minhas tentativas de fazer força.				
3. Fizeram força na minha barriga para fazer o bebé nascer.				
4. Fizeram-se mais que três toques vaginais.				
5. Cortaram o meu				

períneo sem nenhuma explicação.				
6. Mandaram-me calar quando gritava.				
7. Obrigaram-me a estar deitada de costas e de pernas elevadas para ter o meu filho.				
8. Senti-me insultada durante o trabalho de parto e/ou parto.				
9. Senti-me criticada pelos profissionais de saúde pelas opções que tomei.				
10. Não foram atendidas as minhas preferências.				

Compassion Motivation and Action Scales — Self-Compassion Scale (CMAS)

As desilusões, os problemas e o sofrimento fazem parte da experiência humana. Os itens seguintes avaliam a forma como a participante se sente em relação a si mesma e reage em momentos difíceis.

Tabela 7

CMAS: itens e opções de resposta

Item	Discordo completamente	Discordo	Discordo um pouco	Neutro	Concordo um pouco	Concordo	Concordo completamente
1. Quero ser amigável para comigo e cuidar de mim quando me deparo							

dificuldades/problem as na minha vida.							
2. Quero ser capaz de dar apoio e suporte a mim mesmo/a quando enfrento desilusões na minha vida.							
3. Ser compassivo/a para comigo mesmo/a irá melhorar o meu bem-estar geral.							
4. Aceitar-me a mim mesmo/a irá melhorar a minha qualidade de vida.							
5. Há muitas razões para se ser mais autocompassivo/a.							
6. Sinto-me confiante de que consigo ser amável e atencioso/a para comigo mesmo/a quando enfrento problemas.							
7. Sou capaz de ser afetuoso/a/carinhoso/ a para comigo mesmo/a quando me sinto a sofrer emocionalmente.							
8. Consigo ser tolerante em relação a mim/comigo							

mesmo/a em momentos difíceis.							
9. Tenho a capacidade de me apoiar a mim mesmo/a quando sinto que falhei.							
10. Sou capaz de ser amável para comigo mesmo/a, mesmo quando me sinto desconfortável ao fazê-lo.							
11. Sou capaz de enfrentar as minhas próprias lutas internas de forma a ser amável para comigo mesmo/a.							
12. Consigo lidar com emoções/sentimentos difíceis que surgem quando presto atenção às minhas próprias necessidades.							
13. Ao longo da última semana tenho agido de forma mais autocompassiva, comparativamente ao habitual.							
14. Ao longo da última semana tenho sido mais amável e atencioso/a para comigo mesmo/a,							

comparativamente ao habitual.							
15. Ao longo da última semana tenho agido no sentido de mostrar mais compaixão para comigo mesmo/a.							
16. Ao longo da última semana tenho-me tratado de forma mais amável e atenciosa.							
17. Ao longo da última semana tenho sido mais capaz de me perdoar quando cometo erros.							
18. Ao longo da última semana tenho-me aceitado mais a mim mesmo/a, comparativamente ao habitual.							