

**SAÚDE MENTAL PERINATAL E TRAUMA
RELACIONADO COM O PARTO**

Dissertação de Mestrado

Diana Vieira Teles

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

**SAÚDE MENTAL PERINATAL E TRAUMA
RELACIONADO COM O PARTO**

PERINATAL MENTAL HEALTH AND BIRTH
RELATED TRAUMA

Dissertação orientada pelo Professor Doutor
Wilson Abreu e coorientada pela professora
Doutora Alexandrina Cardoso

Diana Vieira Teles

Porto, 2023

AGRADECIMENTOS

Após o término desta jornada intensa, resta-me agradecer às pessoas que me acompanharam e permitiram alcançar o sucesso numa das etapas mais importantes da minha vida acadêmica e profissional.

Gostaria de agradecer, primeiramente, ao Professor Doutor Wilson Abreu e à Professora Doutora Alexandrina pelo apoio, atenção dedicação e incentivo que me ofereceram ao longo deste percurso.

Aos meus pais pelo apoio incansável, pela paciência, pelos “lanchinhos” de incentivo nos dias em que o cansaço do trabalho me vencia, mas sobretudo pelo amor.

Às minhas irmãs, Enfermeiras de profissão, ninguém me compreende como vocês.

Às “Inêses”, à Sofia, à Joana, à Juliana, à Andreia e à Solange, pelo companheirismo de todas as horas, por todos os dias difíceis em que estiveram lá para mim e pela amizade da licenciatura para vida.

A toda a equipa de enfermagem do Serviço de Urologia/Otorrino do Hospital Pedro Hispano e, em especial ao enfermeiro-chefe Paulo Castro, por me terem acolhido numa bela equipa que mesmo nos momentos mais duros de uma pandemia, nos turnos mais complicados estiveram lá para mim e fizeram de mim a enfermeira que sou hoje.

Por fim, ao meu noivo Daniel, sem ele não teria arranjado a coragem para continuar, por todas as noites que ficou ao meu lado a trabalhar, por todas as boleias, por todas as surpresas, pelos abraços, pelo otimismo, pelo amor que me dá todos os dias.

RESUMO

O parto é um processo fisiológico, contudo pode ser vivenciado como um evento traumático e provocar sofrimento, fobia e sentimentos de desamparo, percepção de perda de controlo e aumentar o risco de PSPT (Perturbação de *Stress* Pós-Traumático). Este trabalho surge no âmbito de um projeto major em curso no CINTESIS / ESEP (*“Devotion - Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma”*). O presente estudo tem como finalidade contribuir para a elaboração de um plano de cuidados de assistência perinatal para mulheres em risco de desenvolver PSPT e como objetivos: caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo, estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT, avaliar a presença de sintomas de SPT na amostra e identificar focos de enfermagem que permitam definir uma estratégia de ajuda às mulheres que vivenciaram SPT. O presente estudo seguiu uma abordagem quantitativa, não experimental, descritivo/correlacional. A amostra do estudo contou com um total de 192 mulheres, selecionadas através de um método de amostragem não probabilística por redes (*snow-ball*). Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico simples e a *City Birth Trauma Scale*. Os dados foram recolhidos entre 5 de dezembro de 2021 e 31 de março de 2022. Os resultados do estudo permitiram constatar: a presença de sintomas de PSPT em 59,9% (N=115) da amostra e a ausência de apoio profissional para ultrapassar o *stress* experienciado em 69,3% (N=133) da amostra. Foi possível negar: diferenças entre multíparas/primíparas em relação à sintomatologia de PSPT ($t(190) = 0,833$; $p = 0,406$), diferenças entre gravidezes planeadas/não planeadas em relação à sintomatologia de PSPT ($t(190) = -0,361$; $p = 0,718$) e diferenças entre mulheres que nos últimos cinco anos vivenciaram/não vivenciaram uma experiência significativamente negativa e a presença de sintomas de PSPT ($t(190) = -0,304$; $p = 0,761$). Evidenciou-se uma correlação fortemente positiva entre o nível de *stress* auto-relatado e a presença de sintomatologia de PSPT ($r = 0,729$; $N = 192$; $p = 0,001$) e estabeleceram-se diferenças entre os vários tipos de eventos traumáticos experienciados durante o parto relativamente à presença de sintomas de PSPT ($F(6;184) = 2,423$; $p = 0,028$). Apuraram-se diferenças entre os vários tipos de parto em relação à presença de sintomas de PSPT ($F(5; 186) = 2,739$; $p = 0,021$). O estudo mostra a pertinência da deteção precoce de sintomas psicopatológicos em mulheres com suspeita de parto traumático no período do pós-parto, a fim de se implementar um plano de intervenção promotor da transição para a maternidade saudável. Torna-se fundamental desenvolver mais pesquisa científica nesta área.

Palavras-chave: Trauma Psicológico, *Stress* Pós-Traumático, Período pós-parto, Assistência Perinatal, Adaptação Psicológica.

ABSTRACT

Childbirth is a physiological process, but it can be experienced as a traumatic event, causing suffering, phobia and feelings of helplessness, a perceived loss of control and increasing the risk of PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder). This work is part of a major project underway at CINTESIS / ESEP ("Devotion - Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma"). The aim of this study is to create an perinatal care plan for women at risk of developing PTSD and the objectives are: to characterize the study population from a sociodemographic and clinical point of view, to study the risk factors for developing PTSD, to assess the presence of PTSD symptoms in the sample, and to identify nursing focuses that would allow us to define a strategy to help women who have experienced PTSD. This study followed a quantitative, non-experimental, descriptive/correlational approach. The study sample consisted of 192 women, selected using a non-probabilistic snowball sampling method. The instruments used were a simple sociodemographic questionnaire and the City Birth Trauma Scale. Data was collected between December 5, 2021 and March 31, 2022. The results of the study revealed: the presence of PTSD symptoms in 59.9% (N=115) of the sample and the absence of professional support to overcome the stress experienced in 69.3% (N=133) of the sample. It was possible to deny: differences between multiparous/primiparous women in relation to PTSD symptomatology ($t(190) = 0.833$; $p = 0.406$), differences between planned/unplanned pregnancies in relation to PTSD symptomatology ($t(190) = -0.361$; $p = 0.718$) and differences between women who have experienced/not experienced a significantly negative experience in the last five years in relation to the presence of PTSD symptoms ($t(190) = -0.304$; $p = 0.761$). There was a strong positive correlation between the level of self-reported stress and the presence of PTSD symptoms ($r = 0.729$; $N = 192$; $p = 0.001$) and differences were found between the various types of traumatic events experienced during childbirth in relation to the presence of PTSD symptoms ($F(6; 184) = 2.423$; $p = 0.028$). Differences were found between the various types of birth relative to the presence of PTSD symptoms ($F(5; 186) = 2.739$; $p = 0.021$). The study shows the relevance of early detection of psychopathological symptoms in postpartum women with suspected traumatic births in order to implement an intervention plan that promotes the transition to healthy motherhood. Further scientific research in this area is essential.

Keywords: Psychological Trauma, Post-Traumatic Stress, Postpartum Period, Perinatal Care, Coping Behaviour.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACHT - Hormona Adrenocorticotrófica

ANOVA - Análise de variância

CAPS5 - Clinician-Administered PTSD Scale

CBC - Cognitive Behavioral Counseling

CBTS - City Birth Trauma Scale

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

cit. - Citado

CP - Crescimento Psicológico

CPT - Crescimento Pós-Traumático

DAS4 - Dyadic Adjustment Scale

df - Graus de Liberdade

DP - Desvio Padrão

Dr. - Doutor

Dra. - Doutora

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EESMP - Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

et al. - E outros

F - Oneway ANOVA

HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale

HARS - Hamilton's Anxiety Rating Scale

HHS - Hipotálamo-Hipofisário-Supra-Renal

ICN - International Council of Nurses

IES-R - Impact of Event Scale - Revised

LC-NA - *Locus Coeruleus*-Noradrenalina

MIBS - Mother-to-Infant Bonding Scale

MPAS - Multidimensional Parental Attachment Scale

M-PPQ - Modified Perinatal PTSD Questionnaire

N - Número

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

nº - Número

p - Significância estatística

p. - Página

PCL-5 - PTSD Checklist for DSM-5

PDEQ - Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire

PSPT - Perturbação de *Stress* Pós-Traumático

PTG - Post-Traumatic Growth

PTSD - Post-Traumatic Stress Disorder

r - Correlação de Pearson

RAS - Reação Aguda de *Stress*

sig. - Significância estatística

SNS - Sistema Nervoso Simpático

SPSS 24 - Statistical Packages for Social Sciences (Versão 24)

SPT - *Stress* Pós-Traumático

t - Test-t Student

USF - Unidade de Saúde Familiar

$\bar{x}$ - Média

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. A EXPERIÊNCIA DO PARTO COMO GERADOR DE TRAUMA.....	19
1.1.Parto e eventuais acontecimentos traumáticos	19
1.2.Efeitos da experiência de parto a nível da saúde mental.....	23
1.3.A experiência de parto e <i>stress</i> pós-traumático: evidências de investigação	26
2. <i>STRESS</i> PÓS-TRAUMÁTICO E PERTURBAÇÃO DE <i>STRESS</i> PÓS- TRAUMÁTICO	33
2.1.Evolução do conceito de perturbação de <i>stress</i> pós-traumático	33
2.2. <i>Distress</i> , conceito de acontecimento traumático e de <i>stress</i> pós- traumático	34
2.3.Perturbação de <i>stress</i> pós-traumático: diagnóstico, sintomas e prevalência	38
2.4.Fatores de risco e fatores protetores.....	45
3. CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO	51
3.1.Definição de crescimento pós-traumático	51
3.2.Preditores de crescimento pós-traumático	53
3.3.Modelos de crescimento pós-traumático	60
4. METODOLOGIA DO ESTUDO	65
4.1.Questões orientadoras e objetivos	65
4.2.Desenho de investigação e opções metodológicas	66
4.3.População e amostra	68
4.4.Estratégias de recolha de dados	69
4.5.Tratamento e análise de dados	69
4.6.Dimensões éticas	71

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	73
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	95
CONCLUSÃO	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Literatura sobre intervenções na PSPT pós-parto.</i>	30
Tabela 2 - <i>Fatores de risco para PSPT Pós-Parto; adaptado de Kranenburg, L., Berg, M., Stramrood, C. (2023).</i>	48
Tabela 3 - <i>Caraterização Sociodemográfica - idade</i>	73
Tabela 4 - <i>Caraterização Sociodemográfica - estado civil</i>	73
Tabela 5 - <i>Caraterização Sociodemográfica - situação profissional</i>	74
Tabela 6 - <i>Caraterização Sociodemográfica - profissões</i>	74
Tabela 7 - <i>Caraterização Sociodemográfica - habilitações literárias</i>	75
Tabela 8 - <i>Caraterização Sociodemográfica - rendimento anual familiar</i>	76
Tabela 9 - <i>Número de Filhos</i>	76
Tabela 10 - <i>Paridade</i>	76
Tabela 11 - <i>Doenças significativas na mulher</i>	77
Tabela 12 - <i>Referência a eventos negativos nos últimos cinco anos.</i>	77
Tabela 13 - <i>Planeamento da gravidez mais recente</i>	77
Tabela 14 - <i>Vigilância da gravidez</i>	78
Tabela 15 - <i>Local de vigilância da gravidez</i>	78
Tabela 16 - <i>Local do parto</i>	79
Tabela 17 - <i>Planeamento do parto</i>	79
Tabela 18 - <i>Tipo de parto</i>	79
Tabela 19 - <i>Eventos traumáticos experienciados durante o parto.</i>	80
Tabela 20 - <i>Nível de stress percecionado após o acontecimento traumático ocorrido durante o parto.</i>	81
Tabela 21 - <i>Tempo que perdurou o nível de stress sentido durante o parto.</i>	81
Tabela 22 - <i>Realização de atividades do quotidiano durante o tempo em que perduraram os sintomas.</i>	81
Tabela 23 - <i>Perceção do apoio dos profissionais de saúde durante o periodo em que perduraram os sintomas.</i>	82
Tabela 24 - <i>Sintomas de PSPT (CBTS).</i>	83
Tabela 25 - <i>Presença de PSPT (CBTS).</i>	83
Tabela 26 - <i>Correlação de Pearson entre o nível de stress percecionado após o acontecimento traumático ocorrido durante o parto e o score total da CBTS.</i>	84
Tabela 27 - <i>Análise descritiva da relação entre a paridade e a presença de sintomas de PSPT.</i>	85

Tabela 28 - <i>Teste-t Student para amostras independentes sobre a relação entre a paridade e a presença de sintomas de PSPT.</i>	85
Tabela 29 - <i>Análise descritiva da relação entre o planeamento da gravidez e a presença de sintomas de PSPT.</i>	86
Tabela 30 - <i>Teste-t Student para amostras independentes sobre a relação entre o planeamento da gravidez e a presença de sintomas de PSPT.</i>	86
Tabela 31 - <i>Análise descritiva sobre as mulheres que nos últimos cinco anos vivenciaram/não vivenciaram uma experiência significativamente negativa e a presença de sintomas de PSPT.</i>	86
Tabela 32 - <i>Teste-t Student para amostras independentes sobre a relação entre as mulheres que nos últimos cinco anos vivenciaram/não vivenciaram um acontecimento significativamente negativa e a presença de sintomas de PSPT.</i>	86
Tabela 33 - <i>Análise descrita da relação entre os vários de tipo de parto e a presença de sintomas de PSPT.</i>	87
Tabela 34 - <i>Teste ANOVA para amostras independentes sobre a relação entre os vários tipos de parto e a presença de sintomas de PSPT.</i>	88
Tabela 35 - <i>Teste Post-Hoc de Tukey para análise de diferenças entre os vários tipos de parto e a presença de sintomas de PSPT.</i>	88
Tabela 36 - <i>Análise descritiva da relação entre os acontecimentos traumáticos experienciados durante o parto o e a presença de sintomas de PSPT.</i>	90
Tabela 37 - <i>Teste ANOVA para amostras independentes sobre a relação entre os acontecimentos traumáticos experienciados durante o parto e a presença de sintomas de PSPT.</i>	90
Tabela 38 - <i>Teste Post-Hoc de Tukey para análise de diferenças entre os acontecimentos traumáticos experienciados durante o parto e a presença de sintomas de PSPT.</i>	91
Tabela 39 - <i>Proposta de plano de intervenção do EESMP na mulher em risco ou com PSPT pós-parto (Sebastião, 2020, adaptado de Camarneiro, 2007; Sequeira e Sampaio, 2020).</i>	102

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- *Modelo de Crescimento Pós-Traumático, adaptado por Fernandes, M. (2021).* . 54

INTRODUÇÃO

O presente estudo de investigação foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação científica do Professor Doutor Wilson Correia de Abreu e coorientação da Professora Doutora Alexandrina Cardoso. Este estudo deriva de um projeto major europeu (*“Devotion - Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma”*), em curso no CINTESIS / ESEP, coordenado pelo Professor Doutor Wilson Abreu.

O principal objetivo deste projeto é estabelecer uma rede internacional de investigadores (contando com 29 países), Profissionais de Saúde, Organizações Não-Governamentais e pequenas e médias empresas para:

- Consolidar e disseminar evidência atual e coordenar um esforço conjunto para encontrar formas de prevenir, minimizar e resolver trauma relacionado com o parto, e otimizar desfechos emocionais e psicológicos nos pais e famílias;
- Permitir que este conhecimento se traduza em melhores práticas que podem ser partilhadas pela Europa para reduzir o fardo social e económico proveniente de experiências pós-parto negativas/traumáticas.

O trauma psicológico caracteriza-se como um dano à psique de um indivíduo, em resposta a um ou mais eventos traumáticos. Estes acontecimentos afetam a capacidade de gerir/lidar com as emoções/pensamentos associadas ao evento, bem como a capacidade de mobilização de recursos. Assim, o trauma deixa o sujeito a sentir-se impotente perante a adversidade, gerando *stress*. Perante uma situação *stressante*, que tenha colocado a vida em risco, qualquer pessoa pode sentir inicialmente medo, raiva, confusão e até mesmo desenvolver sintomas mais agudos como distúrbios do sono, desrealização, transtornos de ansiedade graves, sintomas dissociativos, amnésia dissociativa e baixa concentração. Contudo, nem todos os indivíduos desenvolvem Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT); a gravidade dos sintomas, bem como a extensão desta sintomatologia no tempo, determinam a presença ou não desta patologia (Tahan et al.,2021).

Esta perturbação, de acordo com a 5ª edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (2014), está inserida na classe de traumas e transtornos relacionados com o *stress*. A patologia caracteriza-se por sintomas de medo intenso, que são desencadeados por eventos que conduzem a sofrimento físico, emocional e/ou psicológico e sentimentos de ameaça à integridade do sujeito (Dias, 2019). Os principais sintomas de PSPT são:

- Inquietação constante;
- Evitamento de estímulo;
- Alterações desfavoráveis da cognição ou humor;
- Hiperatividade relativa ao evento traumático vivido (American Psychiatric Association, 2014).

O parto é um acontecimento complexo e inesquecível na vida de uma mulher, porém pode ser percebido como um evento desagradável e traumático. Ao contrário de outras situações traumáticas, o trauma perinatal ou relacionado com o parto é ainda relativamente pouco estudado. As evidências sugerem que cerca de 30% das mulheres descrevem a sua experiência de parto como traumática. Numa meta-análise, Dikmen-Yildiz et al. (2017), constataram que a média de prevalência de PSPT pós-parto ronda os 4,0% na comunidade e os 18,5% em grupos de alto risco.

O *stress* pós-traumático pós-parto (SPT) pode originar vários problemas tais como depressão, aumento do consumo de álcool e drogas, perturbações na comunicação mãe-bebé, na amamentação, na ligação com o bebé, evitar ter relações sexuais, pedir cesarianas desnecessárias, evitar no futuro cuidados médicos como o rastreio do cancro do colo do útero e o exame de Papanicolau (Abdollahpour e Khadivzadeh, 2022).

Neste sentido, realizar estudos sobre a saúde mental perinatal e trauma relacionado com o parto, torna-se pertinente.

O presente estudo segue uma abordagem quantitativa não experimental, transversal e correlacional, tendo como questão de investigação: “Em que medida a vivência de acontecimentos percebidos como traumas pela mulher durante o parto podem estar na origem de perturbações de *stress* pós-traumático?”

A finalidade deste estudo é contribuir para a elaboração de um plano de cuidados de assistência perinatal para mulheres em risco de desenvolver PSPT.

O presente estudo tem como objetivos:

- Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo;
- Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT;
- Avaliar a presença de sintomas de *stress* pós-traumático nas participantes do estudo;
- Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às mulheres que vivenciaram *stress* pós-traumático.

Relativamente à amostra do estudo, esta consistiu num conjunto de mulheres maiores de 18 anos que vivenciaram pelo menos uma experiência de parto, passíveis de serem

contactadas entre 5 de dezembro de 2021 e 31 de março de 2022, sendo selecionadas através da técnica de amostragem não probabilística por redes. Foi obtida uma amostra final de 192 mulheres que aceitaram participar no estudo.

Em relação à estrutura deste trabalho, este está dividido em seis capítulos centrais: Os primeiros três capítulos correspondem ao enquadramento teórico, o quarto e quinto capítulo correspondem ao estudo empírico e o sexto corresponde à discussão de resultados e conclusão. Do primeiro ao terceiro capítulo é realizada a operacionalização dos conceitos utilizados e abordada a literatura existente sobre as temáticas. No quarto e quinto capítulo são referidas as questões acerca do processo de investigação: procedimentos e métodos utilizados na recolha de dados, construção da questão de investigação, operacionalização de variáveis, análise e tratamento de dados. Por fim é apresentada discussão dos dados obtidos, conclusão e algumas considerações finais do estudo.

1. A EXPERIÊNCIA DO PARTO COMO GERADOR DE TRAUMA

Neste capítulo irá ser abordado inicialmente, o parto como evento gerador de trauma e os vários fatores associados: relacionados com o parto, biopsicossociais e traumáticos. Posteriormente é feita uma análise sobre o impacto do parto na saúde mental da mulher nomeadamente as transformações associadas à maternidade, a reestruturação do self e ainda a perspetiva da enfermagem de saúde mental e psiquiatria sobre a patologia mental no pós-parto. Por fim é feita uma análise da literatura para uma maior compreensão dos tratamentos e intervenções recomendadas pelas organizações de saúde em casos de *stress* pós-traumático pós-parto.

1.1. Parto e eventuais acontecimentos traumáticos

O parto é um processo fisiológico, que pode ser vivenciado como um evento angustiante ou traumático para algumas mulheres e provocar sofrimento, fobia e sentimentos de desamparo para a parturiente, percepção de perda de controlo, bem como aumentar o risco de ansiedade, depressão e PSPT (Türkmen et al., 2020).

Estudos realizados (O'Donovan et al. 2014; Stramrood et al., 2011) mostram que 9-45% das mulheres experienciam partos traumáticos/negativos. A definição de parto traumático provém somente da percepção de traumático da mulher inquirida e engloba a percepção de ameaça à integridade própria ou do bebé e/ou sentimentos de que o tratamento que está a receber é desumano ou indigno (Beck e Watson, 2016).

A literatura indica que o PSPT após o parto ocorre em 3,1% das mulheres e em grupos de alto risco (fatores de risco explorados abaixo), a prevalência atinge os 15,7% (Stramrood e Slade, 2017).

Os sentimentos negativos resultantes do PSPT influenciam diretamente as interações mãe-filho, a relação do casal e podem contribuir para o isolamento social. De uma forma geral existem vários fatores de risco para o desenvolvimento de PSPT (Ertan et al., 2021):

- Experiências negativas prévias/fobia do parto;

- O sofrimento subjetivo;
- Abortos prévios;
- Perturbações psiquiátricas na gravidez (em particular, depressão);
- Perturbações psiquiátricas prévias à gravidez;
- História de PSPT prévia/trauma prévio (casos de violência interpessoal);
- História de abuso sexual;
- Experiências Traumáticas durante a infância/ Maus-tratos durante a infância;
- Complicações durante a gravidez;
- Tipo de parto (por exemplo, cesariana de emergência);
- Interação conflituosa entre os provedores de cuidados de saúde e a mulher;
- Ausência de apoio social durante o trabalho de parto.

Tal como já mencionado existem diferentes fatores potenciadores do desenvolvimento de PTSPT no pós-parto e estes podem-se dividir em três fatores: relacionados com o parto, biopsicossociais e traumáticos.

Fatores relacionados com o parto

Ertan et al. (2021), evidenciaram que as mulheres que vivenciaram o parto como um evento angustiante, obtiveram pontuações mais elevadas no questionário City Birth Trauma Scale (CBTS) e mostraram ainda que existia uma diferença significativa entre tipo de parto em relação à pontuação da mesma escala. As grávidas submetidas a uma cesariana de emergência foram mais suscetíveis a desenvolver PSPT, em comparação com mulheres que tiveram um parto vaginal. De acordo com Ertan et al. (2021), o tipo de parto e complicações durante o parto são fatores potenciadores de PSPT.

Dekel et al. (2019) referem que mulheres submetidas a intervenções obstétricas (cesariana ou parto vaginal instrumentado), vivenciaram maior *distress* no pós-parto, quando em comparação com mulheres que tiveram um parto vaginal não instrumentado e apresentaram mais sintomatologia de somatização, obsessivo-compulsiva, ansiedade e hostilidade. Os mesmos autores concluíram ainda que, uma cesariana não planeada aumenta as probabilidades (em três vezes mais) de a mulher desenvolver um quadro psiquiátrico considerável e PSPT relacionado com o parto, denotando a ideia de que um parto stressante, pode comprometer o bem-estar materno.

A literatura também refere que a cesariana aumenta o risco de complicações e morbididades graves maternas e do recém-nascido (Castillo-Ruiz et al., 2018; Zanardo et al., 2010), bem como de complicações psicológicas, nomeadamente no vínculo mãe-filho. A sintomatologia psiquiátrica está particularmente aumentada em cesarianas não planeadas (Dekel et al. 2021),

Neste sentido, alguns autores apresentaram a hipótese de a cesariana perturbar o normal funcionamento fisiológico do *continuum* gravidez - trabalho de parto - pós-parto,

nomeadamente a perturbação no processo de libertação de ocitocina (Swain et al., 2008) e o desregulamento das hormonas de *stress* (noradrenalina e adrenalina), que por norma atinge o seu pico no trabalho de parto (Stjernholm et al., 2016). Assim, um meio hormonal ajustado, promotor do parto, da ligação mãe-filho e humor (Jobst et al. 2016), pode favorecer o *coping* adaptativo. Por outro lado, uma perturbação neste ambiente hormonal pode aumentar o risco de desenvolver problemas do foro mental, embora estejam em jogo nesse caso outros fatores, tais como fatores biológicos e psicológicos (Dekel et al., 2017; Eckerdal et al., 2018).

As lacerações perineais de terceiro e quarto grau (Martinez-Vázquez et al., 2021), bem como a aplicação de pressão no fundo do útero ou extração manual da placenta (Hernández et al., 2019), o não sentir-se respeitada nos seus desejos e preferências (Martinez-Vázquez et al., 2021), complicações no parto (Persson et al., 2020 e Ghanbari-Homayi et al., 2019), foram alguns dos fatores relacionados com o desenvolvimento de PSPT após o parto. Outros autores sugerem que um parto pré-termo (Dikmen-Yildiz et al., 2018), primiparidade, a ocorrência do período expulsivo do parto fora do meio hospitalar (Vossbeck-Elsebusch et al., 2014), uso da manobra de Kristeller, ausência de analgesia durante o parto ou o uso de anestesia geral (Hernández-Martínez et al., 2019) podem contribuir igualmente para o desenvolvimento de PSPT.

Relativamente aos fatores associados ao recém-nascido, a evidência refere o internamento em unidades de cuidados intensivos/intermédios (Shiva et al., 2021), baixo peso neonatal (Chan et al., 2020), uso de incubadora (Liu et al., 2021) e dano real ou ameaça de dano à saúde do recém-nascido (Van Heumen et al., 2018).

Fatores biopsicossociais

Ertan et al. (2021) também analisaram a relação entre o PSPT após o parto e o apoio social, sintomas de SPT, qualidade do vínculo mãe-filho e depressão pós-parto realçando a sintomatologia de SPT associada ao parto e sintomatologia geral de SPT nas mães e parceiros. As mulheres com uma pontuação mais elevada na *checklist* de SPT do DSM-5 (PLC-5), obtiveram valores mais elevados no total e nas subescalas da CBTS. Assim, os autores concluíram que os sintomas gerais de SPT estão intimamente relacionados com a PSPT após o parto. As dificuldades na perceção do vínculo mãe-filho e a depressão no período do pós-parto, estão fortemente relacionadas com sintomas PSPT relacionados com o parto e sintomas de PSPT gerais.

Parfitt e Ayers (2009), verificaram que a sintomatologia depressiva, bem como a de PSPT, tem um impacto negativo no relacionamento entre casais, assim como na relação pai-filho. Radoš et al. (2020), ao contrário de Ertan et al. (2021), não verificaram relação entre os PSPT e sintomas depressivos com o vínculo mãe-bebé, contudo mostraram que existe indiretamente um efeito entre os sintomas gerais de PSPT no vínculo mãe-bebé, através da sintomatologia depressiva. Esta correlação positiva entre a depressão e sintomatologia de

PSPT após o parto é simultaneamente verificada no estudo de Ertan et al., (2021) bem como por outros autores que demonstraram a alta comorbidade entre as duas patologias. Söderquist et al. (2009) apontam que existem denominadores comuns de vulnerabilidade e fatores de risco em ambas as patologias, reforçando a ideia já patente por Denis et al. (2011) de que a depressão é um sintoma importante e preditor do PSPT no pós-parto.

Foi também identificada uma relação negativa entre o apoio social e a sintomatologia de PSPT no pós-parto (Ertan et al., 2021), sendo que, a literatura demonstra que um fraco apoio social durante o período pré e pós-parto é considerado um fator de risco para o desenvolvimento de PSPT no pós-parto (Ayers et al., 2016; Verreault et al., 2012). Outro fator que traduz maior vulnerabilidade no desenvolvimento da patologia, provém do sentimento da falta de suporte ou apoio pela equipa médica assistencial (Ertan et al., 2021).

Uma revisão sistemática recente, realizada por Chabbert et al. (2021), evidenciou que o controlo percebido pela mulher durante o trabalho de parto e um apoio forte por parte do parceiro, são considerados fatores protetores do desenvolvimento de PSPT, uma vez que contribuem para uma experiência de parto positiva para as mães.

Semelhante aos resultados encontrados em mães, também foi possível relacionar a depressão e sintomas depressivos no pós-parto, com o PSPT e sintomas de PSPT (evitação, intrusão, hiperexcitação) nos parceiros. Stramrood et al. (2013), também correlacionaram a depressão e PSPT em parceiros que passaram por complicações durante a gravidez (pré-eclâmpsia ou rutura prematura de membranas). Parfitt e Ayers (2009), bem como Wilson e Durbin (2010), demonstraram que os parceiros que tinham maior dificuldade na ligação pais-filho, obtiveram scores mais elevados no que concerne a sintomas gerais de PSPT e PSPT pós-parto. Etheridge e Slade (2017) referem que o processo de gravidez pode provocar instabilidade emocional nos parceiros e que se estes se sentirem excluídos ou abandonados durante a gravidez/parto, têm maior probabilidade de desenvolver estratégias de *coping* do tipo evitamento e *distress*. Outros fatores de risco mencionados pelos mesmos autores e que podem conduzir a experiências de pós-parto negativas nos parceiros incluem: gravidezes não planeadas e traços de personalidade ansiosos.

Liu et al. (2021), mencionam outros fatores de risco como pertencer a certos grupos étnicos não europeus ou apresentar certas características sociodemográficas, como ser solteira. De facto, experiências de parto negativas podem levar a consequências nas relações entre o casal e influenciar a ligação pais-filho. Assim, o sentimento de bem-estar entre o casal após o parto é fundamental para o desenvolvimento do bebé (White, 2007, Nicholls e Ayers, 2007)

De todos os fatores relatados na literatura, o principal fator para o desenvolvimento de PSPT é a fobia do parto (Chan et al., 2020).

Fatores de antecedentes traumáticos

Há semelhança de estudos anteriores como Dekel et al. (2017), Ertan et. al (2021) demonstraram que os sintomas de PSPT foram mais significativos em mães que vivenciaram eventos traumáticos prévios, em comparação com mães que não experienciaram traumas anteriores. Outros fatores de risco encontrados na literatura são: experienciar dois ou mais acontecimentos traumáticos (Cohen et al.,2004), história de abuso sexual (Verreault et al., 2012), eventos traumáticos na infância (Oh et al., 2016) e maus-tratos na infância (Sexton et al.,2015). De forma semelhante, a evidência também mostra que parceiros que vivenciaram acontecimentos traumáticos no passado, obtiveram pontuações mais elevadas na CBST, comparativamente a parceiros que não passaram por nenhum trauma.

Ertan et. al (2021) evidenciaram que as experiências traumáticas prévias aumentam a probabilidade de futuramente as mães desenvolverem PSPT, mas também destacaram a importância da resiliência como fator protetor, sublinhando assim a pertinência de intervenções de reforço da resiliência em mães de maior risco.

1.2.Efeitos da experiência de parto a nível da saúde mental

Perturbações psiquiátricas no contexto do puerpério, apelidados de “insanidade puerperal”, começaram a surgir na literatura nos séculos XVII e XVIII. Jean Esquirol, em 1818, foi o primeiro a identificar e detalhar 92 casos de psicose puerperal. Em 1856, Victor Louis Marcé relacionou as alterações fisiológicas que ocorrem no puerpério com o humor materno (Cantilino et al.,2010).

Durante o período do puerpério ocorrem várias transformações que implicam reestruturação social, um ajuste a um novo papel e uma reconstrução da sexualidade e da identidade feminina. Ao longo deste processo a mulher torna-se a principal referência de alguém totalmente dependente, trazendo alterações ao nível do seu padrão de sono (privação) e por vezes da vida social (isolamento) (Cantilino et al.,2010). Ainda durante este período, ocorrem marcos críticos nesta etapa da vida da mulher, em termos fisiológicos, o útero retorna ao seu volume habitual, existe o consolidar da lactação, o restabelecimento progressivo dos níveis hormonais e uma transformação psicológica nas esferas da imagem corporal e dos papéis relacionais e familiares (Camarneiro, 2007). Este processo é marcado por contínuos desafios à capacidade de organização interna e externa da mulher, traduzindo-se num estado de maior vulnerabilidade psicológica (Camarneiro, 2011).

A maternidade é tida como uma época associada ao bem-estar e felicidade para a mulher, uma vez que o nascimento é um evento celebrado em várias culturas (O'Hara, 2009). Embora seja um momento, no ciclo de vida da mulher, pautado por várias alterações que requerem adaptação, para algumas mulheres esta fase da vida não representa a felicidade que tão frequentemente lhe é associada (Macedo et al., 2014). Este momento pode representar um momento de crise e pode potenciar perturbações de cariz mental, tais como *stress*, ansiedade e depressão (Fonseca e Canavarro, 2017). Estas consequências negativas podem, por sua vez, conduzir a efeitos adversos na saúde da mãe e do bebé (Camarneiro e Justo, 2020; Tripathy, 2020). Durante o período perinatal (que engloba o período desde gravidez até um ano pós-parto), 12% das mulheres experencia depressão e 13% sofre de ansiedade (Tripathy, 2020), sendo que os sintomas caraterísticos destas patologias podem levar a problemas obstétricos como o parto pré-termo, conduzir a condutas parentais negativas, favorecer o desenvolvimento de psicopatologia infantil e potenciar o risco de depressão nos parceiros, tornando-se um problema de saúde pública (Haga et al., 2018; Tripathy, 2020).

Os significados que a mulher atribui à gravidez e à maternidade, estão intrinsecamente relacionados com a cultura da qual esta faz parte e são fundamentais na compreensão destes processos (Canavarro, 2001). Estes significados poderão estar associados ao ganhos e perdas percebidos e, por sua vez, serem geradores de *stress*, uma vez que requer da mulher uma reorganização em termos cognitivos, emocionais e comportamentais. Assim, a saúde mental durante esta fase é crucial, dado que está associada com a forma que a mulher cria, experencia e integra todas as transformações na transição para a maternidade. Alguns dos fatores determinantes para o processo de transição presentes na literatura são: o tipo de personalidade, suporte conjugal, familiar e social, significados da gravidez e projeto de maternidade (Airosa e Silva, 2013).

O parto é visto como um momento crítico, em que existe o confronto entre a expectativa do parto idealizado e do bebé imaginado, com a realidade. É um período em que podem surgir sentimentos de angústia e ansiedade presentes no inconsciente coletivo da mulher. As histórias que a mulher vai ouvindo sobre outras experiências de parto ao longo dos tempos, criam em si um conhecimento inconsciente, que pode provocar ansiedade, sobretudo no caso das primíparas que não possuem experiência prévia. A angústia provocada por este inconsciente coletivo pode ser difícil de superar e pode ser potenciada com a interação com o meio hospitalar. Nesse sentido a presença do companheiro/pessoa significativa torna-se fundamental. Contrariamente ao que ocorre durante a gravidez em que as transformações se dão de forma progressiva, após o parto, estas surgem rapidamente, pelo que exige que a mulher se adapte de forma célere à condição de não-grávida (Camarneiro, 2007). Durante este processo, existem fatores que podem ser determinantes na experiência desta fase e que influenciam o ajustamento da mulher e consequentemente a sua relação com o bebé. Estes são: a presença da pessoa significativa

/companheiro durante o trabalho de parto, o tipo de parto e a dor percebida (Camarneiro, 2011).

As alterações nas esferas biológicas, psicológicas e interpessoais podem potencializar o início ou recidiva de perturbações psicológicas durante o estadió perinatal, sendo as mais comuns os distúrbios de ansiedade e do humor (Tripathy, 2020).

A CID-10 e o DSM-5, não diferenciam de forma clara as perturbações mentais que ocorrem no período perinatal, das que ocorrem noutros momentos do ciclo vital. O DSM-5 (2013), com base no conhecimento científico acessível na altura, acrescentou o termo “perinatal” para especificar a patologia psiquiátrica (perturbações do humor e perturbações esquizofreniformes) que surge até quatro semanas após o parto (American Psychiatric Association, 2013). Este limite temporal, é considerado por vários autores como redutor, uma vez que não engloba todo o período perinatal, não reconhece a presença de alterações fisiológicas, hormonais e sociais no desenvolvimento da patologia, não integra as perturbações de ajustamento, nem as perturbações na relação mãe-filho, nem engloba ainda as perturbações de ansiedade, impossibilitando o seu uso nos quadros de ansiedade perinatal (Macedo et al., 2014 e Nogueira et al., 2014).

A Psiquiatria Perinatal trata de estudar, detetar e tratar perturbações psiquiátricas que surgem durante a gravidez e no pós-parto, até 12 meses de vida da criança, período qual é denominado perinatal. Esta ciência foca-se na determinação de fatores específicos e associações entre a saúde mental da mulher e o desenvolvimento do bebé. Também está envolvida na classificação, diagnóstico, métodos de rastreio e estratégias de prevenção/intervenção precoce de tratamento (Macedo e Pereira, 2014).

A literatura tem vindo a fundamentar o impacto que a patologia mental materna tem no período perinatal, não somente na mulher, mas também para o seu bebé e seio familiar (Camarneiro e Justo, 2020; Tripathy, 2020). Vários estudos associam estes quadros psicopatológicos a complicações obstétricas, à detioração do papel maternal, a um aumento do risco de conflito parental, relacionamentos comprometidos, vinculação insegura e desvios ao desenvolvimento normativo da criança, nomeadamente nas áreas da neuro-cognição e comportamento (Camarneiro e Justo, 2020; Tripathy, 2020).

1.3.A experiência de parto e *stress* pós-traumático: evidências de investigação

O reconhecimento da PSPT no pós-parto enquanto diagnóstico gerou a necessidade de procurar intervenções eficazes para atenuar a sintomatologia presente na mulher. Dada a natureza específica e o contexto particular da saúde mental da mulher no pós-parto, a literatura sugere que as intervenções deverão ser dirigidas e não apenas meras extrapolações das orientações já existentes para tratamento da PSPT em geral (Slade et al. 2020).

Uma revisão sistemática sobre este tema relata inconsistências em relação ao nível e eficácia destas intervenções, nomeadamente o *debriefing* e o *counseling* (Slade et al. 2020).

O *debriefing* é uma forma de *counseling* que assenta numa entrevista semiestruturada com o cliente, que tem como objetivo prevenir precocemente sintomatologia aguda de PSPT (Rose et al., 2002). Esta intervenção é corroborada por Meleis (2010), enquanto terapêutica de enfermagem. O *Cognitive Behavioral Counseling* (CBC) é uma outra forma de *counseling* e por isso partilha objetivos semelhantes ao *debriefing*, mas difere deste por se centrar em focos de enfermagem diferentes. O *debriefing* centra-se em focos do âmbito das emoções. Por outro lado, o CBC foca-se no pensamento, e por isso pretende reduzir o *stress* através da identificação de pensamentos disfuncionais e da alteração do comportamento por meio da modificação deste tipo de pensamentos não-constructivos (Lapp et al., 2010).

Tendo por base esta lacuna encontrada na literatura, em 2019, Abdollahpour et al. publicaram um estudo, com o objetivo de determinar a eficácia destes dois métodos de *counseling* na prevenção do *stress* pós-traumático no período do pós-parto. O desenho satisfaz as condições para ser considerado um estudo de controlo randomizado, uma vez que é duplamente cego, existem três ramos de teste (sendo um deles o grupo controlo) e existe randomização na distribuição das mulheres pelos diferentes grupos. O estudo desenvolveu-se no Irão, em 2015. Após aplicação dos critérios de inclusão/exclusão, a amostra resumiu-se a 193 mulheres que tiveram uma experiência de parto traumática, de uma população de 400 parturientes. Esta amostra foi dividida em três grupos: o grupo A (*debriefing*; n=54), grupo B (*cognitive behavioral counseling*; n=53) e o grupo C (controlo; n=86). O grupo A recebeu como forma de intervenção o *debriefing*, o grupo B *cognitive*

behavioral counseling e o C recebeu apenas cuidados de rotina. Ambas as formas de *counseling*, foram aplicadas em apenas uma sessão de 40 minutos, por uma *midwife*, até 48h pós-parto. Durante o período de acompanhamento houve dois momentos de *follow-up*, o primeiro às quatro/seis semanas e o segundo, três meses pós-parto. Durante este *follow-up* foi aplicada (via telefone) a *Impact of Event Scale-Revised* (IES-R), por forma a avaliar a sintomatologia de PSPT. A análise de dados foi realizada com recurso a testes t, testes de chi-quadrado, ANOVA e ANOVA medidas repetidas. Este estudo mostrou diferenças estatisticamente significativas entre o score de PSPT do grupo controlo e o score dos outros dois grupos de intervenção, corroborando que estas intervenções são eficazes e relevantes na prevenção de PSPT. No primeiro *follow-up* não foram encontradas diferenças entre os dois tipos de *counseling*, contudo três meses após o CBC revelou ter melhores resultados em termos de score médio de PSPT, do que o *debriefing*. Estes resultados não se alinhavam, com a literatura até ao momento, uma vez que outros autores apresentavam resultados contraditórios sobre o uso de uma sessão única de *counseling*. Abdollahpour et al. (2019) justificam esta diferença de resultados, uma vez que em estudos prévios as intervenções eram realizadas por *midwives* sem competências em psicoterapia e sem especialização em *counseling*, e no estudo realizado por eles, as intervenções eram realizadas por mestres em *counseling*, com cursos específicos na área e em psicoterapia.

Em 2020, Asadzadeh et al., conduziram um estudo de controlo randomizado no Irão com o objetivo de estudar a eficácia do *counseling*, numa intervenção breve. Este procedimento baseia-se na aplicação de duas sessões de *counseling*, uma até 72 horas pós-parto e outra entre quatro a seis semanas pós-parto.

Este estudo avaliou a progressão de sintomas de PSPT, depressão e ansiedade em mulheres que experienciaram um parto traumático. De uma população de 270 mulheres, 90 foram selecionadas para participar no estudo com base nos critérios de inclusão/exclusão. Estas foram divididas em 2 grupos, um que recebeu as duas sessões de *counseling* (N = 44) e o grupo de controlo que recebeu o tratamento de rotina (N = 43).

Os instrumentos de avaliação incluídos neste estudo foram o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), o *Hamilton's Anxiety Rating Scale* (HARS) e o *PTSD Checklist for DSM-5* (PCL-5). A avaliação foi efetuada uma vez de forma presencial antes da primeira sessão, e mais duas vezes de forma telefónica, uma entre as quatro e seis semanas pós-parto e outra às 12 semanas.

A análise de dados foi efetuada através do teste de ANOVA medidas repetidas e o teste t. Relativamente à sintomatologia depressiva ($p = 0,0001$) e ansiosa ($p = 0,01$), o grupo de intervenção teve uma redução de sintomas mais acentuada em relação ao grupo de controlo em ambos os *follow-ups*. Identicamente, em relação aos resultados do PCL-5, o grupo de intervenção registou uma diminuição bastante significativa ($p = 0,0001$) em relação ao grupo de controlo.

Uma vez que os tratamentos para a PSPT apresentam um custo elevado, o desenvolvimento de intervenções preventivas de baixo custo torna-se atrativo. Todavia, existe pouca evidência de qualidade que suporte intervenções como a psicoeducação/auto-ajuda. As orientações de saúde mental pré/pós-natais emanadas pelo *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomendam que sejam desenvolvidas intervenções custo-eficazes para esta população (Slade et al., 2020).

Num estudo realizado em 2020 por Slade et. al, os autores propuseram-se a testar se a entrega de material de auto-ajuda psicológica, iria diminuir a incidência de *stress* pós-traumático, no período de 6 a 12 semanas pós-parto. Relativamente ao desenho do estudo, trata-se de um estudo de controlo randomizado, mono-cego por parte do observador, uma vez que os avaliadores não sabiam a que grupos pertenciam as mulheres. O estudo desenvolve-se em dois serviços de obstetria do serviço nacional de saúde de Inglaterra. A população consistia em 2419 mulheres que satisfaziam os critérios de inclusão/exclusão. Estas foram testadas para uma experiência de parto traumática, através de duas questões fechadas. Destas, apenas 678 (28,1%) relataram sintomatologia compatível com uma experiência de parto traumática e foram por isso alocadas aleatoriamente em dois grupos, o primeiro grupo (n = 336) recebeu os cuidados habituais e ainda materiais de auto-ajuda, o segundo grupo (n = 342), o grupo de controlo, recebeu somente os cuidados habituais. Os materiais de auto-ajuda consistiam num panfleto e num filme especificamente desenhados para prevenir o desenvolvimento de PSPT. Às 6-12 semanas pós-parto, ou seja cerca de quatro semanas após terem sido randomizadas nos grupos, as mulheres tiveram um *follow-up* telefónico onde usaram a entrevista *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS5) e ainda recolheram dados secundários através de outros instrumentos como a *Hospital Anxiety and Depression Scale*, HADS; *Multidimensional Parental Attachment Scale*, MPAS e a *Dyadic Adjustment Scale*, DAS4. A primeira entrevista CAPS5, é baseada na definição do diagnóstico de PSPT, presente no DSM-5. Em termos de análises de dados os autores recorreram a testes de hipóteses e testes de probabilidade como o *odds ratio*. Em termos de resultados os autores concluíram que a proporção de mulheres com PSPT diagnóstico ou subdiagnóstico no acompanhamento, não diferiu entre grupos. De igual forma, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente aos valores de ansiedade e depressão, nem na qualidade da vinculação com o bebé. Assim os autores defendem que para uma intervenção eficaz na prevenção da PSPT pós-parto, não basta psicoeducação tendo por base somente a distribuição de um panfleto/filme. É necessário um acompanhamento por profissionais de saúde, uma vez que estes podem facilitar na adoção/implementação das recomendações presentes no material de auto-ajuda e no treino das estratégias de *coping* com as mulheres que apresentem risco clínico.

O Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE) do Reino Unido aconselha o *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) como uma intervenção de eleição no tratamento do trauma pós-parto, porque embora não haja muita evidência sobre o seu uso

nesta população, é uma terapia que demonstrou grande eficácia no tratamento do *stress* pós-traumático com outras etiologias (Wetherell, 2022).

Desenvolvida por Shapiro, no final dos anos 80, para o tratamento de SPT, o EMDR consiste no encorajamento do relato por parte do indivíduo da sua experiência traumática (pensamentos, sentimentos, crenças) enquanto este é exposto a vários estímulos sensoriais bilaterais por parte do terapeuta. A hipótese apresentada por Shapiro é que a estimulação sensorial bilateral provoca um estado fisiológico potenciador do processamento do evento traumático, “movendo a informação perturbadora - em um ritmo acelerado ao longo das vias neurofisiológicas apropriadas até que seja resolvida de forma adaptativa” (Wetherell 2022, pp.68).

Para estudar a eficácia do EMDR no tratamento de SPT em mulheres no período pós-parto, Wetherell conduziu um estudo em Singapura com 12 mulheres referenciadas por clínicas de parto, grupos de suporte pós-parto e outros profissionais de saúde. Este estudo recorreu a vários instrumentos de *screening* psicológicos como o *Modified Perinatal PTSD Questionnaire* (M-PPQ), e o IES-R. A intervenção implementada consistiu num total de três sessões de EMDR, cada uma com 90 minutos, ao longo de duas semanas, em média. Após duas semanas do término do tratamento, os investigadores aplicaram os mesmos instrumentos usados no *screening* inicial e concluíram que houve uma redução de 76% no score do M-PPQ ($p = 0,002$) e uma redução de 70% no score do IES-R ($p = 0,002$). Embora o estudo se tenha mostrado promissor nos resultados apresentados, carece de grupo de controlo e beneficiaria de uma amostra mais alargada para permitir com confiança uma generalização dos dados (Wetherell 2022).

Em 2019 Chiorino et al. realizaram um estudo de controlo randomizado em Itália, no qual compararam a eficácia do EMDR versus tratamento usual na redução dos sintomas do *stress* pós-traumático pós-parto. Este estudo contou com uma amostra mais alargada ($n=19$ EMDR, $n=18$ controlo), selecionada através dos critérios de inclusão/exclusão e após aplicação do IES-R. A alocação das participantes em cada um dos grupos foi efetuada de forma duplamente cega, com recurso a um investigador externo ao estudo.

Após o *screening* inicial, que envolveu a recolha de dados sociodemográficos e clínicos, foram aplicados os seguintes instrumentos de avaliação, incluindo: IES-R, *Mother-to-Infant Bonding Scale* (MIBS), *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ), e a EPDS. Esta avaliação foi efetuada de forma presencial antes do tratamento e telefonicamente às seis semanas e 12 semanas pós-parto. A intervenção de EMDR foi aplicada numa sessão única de 90 minutos até 72 horas pós-parto, na qual o parceiro e/ou o bebé podiam estar presentes. O tratamento usual consistiu numa consulta de psicologia na qual eram tratados assuntos centrais ao parto traumático, tais como as emoções experienciadas durante o parto, dificuldades sentidas no cuidar do bebé, dificuldades na

amamentação e na recuperação física e psicológica. No tratamento de resultados foi utilizada estatística paramétrica e não-paramétrica.

Das 47 mulheres que experienciaram um parto traumático, 40 apresentaram valores de IES-R acima do ponto de corte da escala, resultando numa percentagem de 87.2%. Às seis semanas pós-parto, 15 das 19 mulheres presentes no grupo de intervenção (78.9%) já se apresentavam assintomáticas (IES-R < 23), enquanto no grupo de controlo apenas 7 de 18 mulheres (38.9%) se encontravam assintomáticas, existindo uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0.020$). Às 12 semanas pós-parto 17 das 19 mulheres do grupo de intervenção (89,5%) e 12 das 18 mulheres do grupo de controlo (66.7%) encontravam-se assintomáticas. Apesar da diferença entre os dois grupos, esta não foi estatisticamente significativa ($p = 0,124$).

Relativamente ao *bonding* entre mãe-bebé (MIBS) não existiu diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos em nenhum dos momentos de avaliação. Foi realizada uma análise comparativa entre duas formas de intervenção e a sintomatologia depressiva (EPDS) e concluíram que não houve diferenças entre os grupos, contudo as participantes do grupo de controlo apresentavam uma maior frequência de *flashbacks* às 12 semanas, assim como valores mais elevados de *distress* subjetivo em ambos os momentos de avaliação quando comparados com o grupo de intervenção.

O resumo da literatura acerca das intervenções acima descritas encontra-se na Tabela 1, abaixo apresentada.

Tabela 1 - Literatura sobre intervenções na PSPT pós-parto.

Autor	Ano	País	Desenho do Estudo	Instrumentos	Intervenção	Resultados
Abdollahpour et al.	2019	Irão	Estudo de Controlo Randomizado N Total: 193 N Controlo: 86 N <i>Counseling</i> : 53 N <i>Debriefing</i> : 54	IES-R Critérios do DSM-V para PSPT	<i>Counseling</i> : 1 x 40-60 min nas primeiras 48 horas. <i>Debriefing</i> : 1 x 40-60 min nas primeiras 48 horas. Controlo: Cuidados de rotina.	Dif. sig. a favor dos grupos de intervenção comparativamente ao grupo de controlo às 4-6 e 12 semanas pós-parto ($p < 0.001$). Sem dif. sig. entre ambos os grupos de intervenção após 4-6 semanas, contudo <i>counseling</i> provou ser mais eficaz às 12 semanas pós-parto.
Asadzadeh et al.	2020	Irão	Estudo de Controlo Randomizado N Total: 90 N Controlo: 43 N <i>Counseling</i> : 44	EPDS HARS PCL-5	<i>Counseling</i> : 2 sessões, às 4-6 semanas e às 12 semanas pós-parto. Controlo: Cuidados de rotina.	Dif. Sig. A favor do grupo de intervenção comparativamente ao grupo de controlo em relação à sintomatologia depressiva ($p = 0.0001$), sintomatologia ansiosa ($p = 0.01$) e sintomatologia de

						PSPT (p = 0.0001), em ambos os <i>follow-ups</i> .
Slade et al.	2020	Inglaterra	Estudo de Controlo Randomizado N Total: 678 N Controlo: 342 N Intervenção: 336	CAPS5 HADS MPAS DAS4	Materiais de auto-ajuda psicológica (folheto informativo e link para filme desenhados para prevenir o desenvolvimento de PSPT) administrados até 3 meses pós-parto.	Não foram encontradas dif. sig. entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo relativamente aos valores de ansiedade, depressão e qualidade da vinculação com o bebé
Wheterell	2022	Singapura	N Intervenção: 12	M-PPQ IES-R	EMDR: 3 x 90 min. ao longo de duas semanas.	Redução sig. de sintomatologia de PSPT (p = 0.02), correspondendo a uma decrescimo de 76% no score de M-PPQ e de 70% no score de IES-R.
Chiorino et al.	2019	Itália	Estudo de Controlo Randomizado N Total: 40 N Intervenção: 19 N Controlo: 18	IES-R PDEQ EPDS	EMDR: 1 x 90 min. até 72 horas pós-parto.	Redução sig. na presença de <i>flashbacks</i> às 12 semanas (p = 0.042). Dif. sig. Na redução de sintomatologia de PSPT (p = 0.04) às 4-6 e 12 semanas pós-parto. Dif. sig. no nr de mulheres assintomáticas às 4-6 semanas, mas sem dif. sig. às 12 semanas pós-parto.

2. STRESS PÓS-TRAUMÁTICO E PERTURBAÇÃO DE STRESS PÓS-TRAUMÁTICO

O *Stress* Pós-Traumático ou a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático (PSPT) já tem uma longa história, uma vez que o Homem na sua experiência tem passado por vários acontecimentos trágicos, que tomam repercussões no seu desenvolvimento físico e psicológico. Neste capítulo irá ser abordado a Evolução do conceito de PSPT, diferenciar os conceitos de *distress*, conceito de acontecimento traumático e de *stress* pós-traumático, a apresentação do diagnóstico, sintomas e prevalência, bem como explorar os fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento da Patologia.

2.1. Evolução do conceito de perturbação de *stress* pós-traumático

Em 1952, surge o conceito de “reação grave ao *stress*” na primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, que se caracterizava por uma “resposta a um trauma grave, com tendência a desaparecer e surgida usualmente numa personalidade normal” (Vaz Serra, 2003, p.68). Inicialmente foi incluída como diagnóstico com a intencionalidade de explicar sintomas impactantes em sujeitos vítimas de violação, ataques terroristas, combates em guerras, prisioneiros, entre outros eventos traumáticos (Osório e Maia, 2010, como citado em Dias, 2019).

Na segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, havia somente o termo “reações de ajustamento”, para justificar qualquer clínica resultante de uma reação ao *stress* (Vaz Serra, 2003).

Contudo, esta patologia só foi inicialmente reconhecida como válida pela Associação de Psiquiatria Americana em 1980, e apenas em 1992 constava na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (Vaz Serra, 2003).

Em 1980, na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, esta perturbação foi incluída sob a designação de “Distúrbio de *Stress* Pós-

Traumático”. Nesta edição pode-se encontrar uma definição mais detalhada, a qual refere que para o distúrbio ocorrer seria preciso que o sujeito vivenciasse diretamente uma situação tão ameaçadora, que o sofrimento associado fosse inevitável (Sbardelloto et al., 2011, como citado em Dias, 2019). Nesta descrição está implícito que após o evento a severidade sintomática e o impacto psicológico no indivíduo persistem continuamente (Sendas, 2009 como citado em Dias, 2019). Na terceira edição revista do DSM (1987), a Perturbação foi mantida (Sbardelloto et al., 2011, como citado em Dias, 2019).

Em 1994, na quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, foi acrescentado o diagnóstico de “Distúrbio Agudo de *Stress*”, expandindo assim o leque de situações suscetíveis de desenvolver a perturbação e específica que o diagnóstico só poderá ser enunciado, caso a sintomatologia persista, no mínimo um mês (Vaz Serra, 2003). Na quarta edição revista do DSM, o evento traumático caracteriza-se como qualquer circunstância experienciada ou testemunhada, que tenha provocado um sentimento no sujeito de atentado à sua própria vida ou de alguém que lhe seja próximo (Sbardelloto et al., 2011, como citado em Dias, 2019).

A atual edição (quinta edição) do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), eliminou as reações de medo, desamparo e horror como consequência da situação traumática e acrescentou um subtipo de sintomas dissociativos, com a intenção de abranger indivíduos que experienciam, perante a situação, despersonalização e desrealização (Walton et al., 2017, como citado em Dias, 2019). Nesta mesma edição a PSPT, passou a enquadrar-se na classe de traumas e transtornos relacionados ao *stress*, ao invés da classe dos transtornos de ansiedade, como estava integrada até ao momento (Wimalawansa, 2014, como citado em Dias, 2019).

2.2. *Distress*, conceito de acontecimento traumático e de *stress* pós-traumático

O termo *stress* é usado tanto na cultura popular como no meio académico, sobretudo nas áreas da psicologia e da educação. Na literatura popular moderna, o *stress* é considerado uma doença ou resultado adverso, facto que é corroborado pela venda de numerosos livros de auto-ajuda. Inicialmente os termos *stress* e *distress* eram vistos como conceitos diferentes. O termo *stress* era utilizado nas áreas da Física, Matemática e Metalúrgica como sinónimo de pressão/tensão ou como verbo (no inglês) para enfatizar uma determinada frase ou ideia. Este conceito contrasta com o termo *distress*, mais usado nas

áreas da Biologia, para caracterizar as manifestações biológicas como problemas respiratórios/cardíacos/digestivos. O conceito de indivíduos em *distress*, em oposição à definição relacionada aos sistemas biológicos, tornou-se evidente nos anos 50 com referência, por exemplo, ao *distress* das crianças em idade escolar (Rudland et al.,2020)

O neuro-endocrinologista Selye (1976), citado por Shen et al. (2020), propôs uma distinção entre o *stress* bom, o qual designou *eustress* - ocorre quando os recursos físicos e mentais do indivíduo são suficientes para que este enfrente e dê uma resposta eficaz às exigências externas - e o *stress* mau, denominado *distress*, o qual surge quando perante um fator stressante, o indivíduo torna-se incapaz de responder à demanda, sentindo-se física e mentalmente exausto. De acordo com Vaz Serra (2003), a questão do controlo perante o evento pode ser real - o indivíduo pode não apresentar capacidades ou recursos para superar a situação - ou distorcida - o indivíduo apesar de possuir as aptidões necessárias, não crê ser capaz de fazer o correto uso das mesmas, ou crê que as suas capacidades são insuficientes.

Em 1998, estas definições foram alargadas por Quick e Nelson, que categorizaram o *eustress* como uma resposta positiva a stressores e resultados saudáveis e por oposição o *distress* como uma resposta negativa ao *stress* gerador de disfunção. Alguns autores sugerem que estas definições sejam representadas com base na perspetiva da resposta psicológica ao stressor. Assim o *eustress* está associado a respostas psicológicas positivas tais como a esperança e a vivência significativa. Por outro lado o *distress* é dado por indicadores psicológicos negativos tais como, a raiva ou a ansiedade. A literatura sugere também que o mesmo evento, pode conduzir simultaneamente à presença de *stress* e *distress*, não sendo necessário fatores stressores diferentes para este fenómeno ocorrer (Shen et al.,2020).

O *International Council of Nurses* (2022), considera o *stress* como “Status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente; sentimento de desconforto; associado a experiências desagradáveis; associado à dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”. Desta forma, refere-se a uma resposta fisiológica a um estímulo concreto que provoca o desenrolar de processos corporais que aumentam a concentração e atenção do indivíduo perante ambiente que o rodeia (Selye, 1976, como citado em Fink, 2009).

Um termo frequentemente usado como sinónimo de stress é a ansiedade. Esta pode ser uma expressão de *stress*, ou seja, quando uma pessoa está perante um acontecimento stressante, esta pode experienciar ansiedade. A ansiedade é uma emoção primária que se manifesta em resposta a uma situação percebida como perigosa em que o indivíduo tem de tomar uma decisão de sobrevivência (Meirelles e Zeitoune, 2003, como citado em Sapata, 2012). Lipp e Melagris (2001, como citado em Loricchio e Leite, 2012) consideram

que a ansiedade é geradora de *stress*, ou seja, a ansiedade desencadeia uma resposta emocional, psicológica e fisiológica causada pelo *stress*. Wiedeman (2015) acrescenta que emoções como a ansiedade e o medo são agentes stressores, o que quer dizer, que provocam uma resposta de *stress* no organismo. Perante o que é descrito na literatura é possível observar uma relação intrínseca e cíclica entre o *stress* e a ansiedade uma vez que uma emoção pode conduzir a uma resposta e similarmente uma resposta inadequada pode potenciar a expressão da emoção.

Quando uma pessoa entra em *stress* adquire um conjunto de estratégias (focadas no problema, nas emoções ou na aquisição de apoio social), que têm como fim dar resposta ao desequilíbrio gerado entre o indivíduo e o meio ambiente, e também diminuir as sensações negativas associadas à situação (Vaz Serra, 2003).

O *stress* é um fenómeno intrínseco à experiência humana e gerador de alterações na estrutura e comportamento e apresenta-se como Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome de *Stress*. Esta síndrome é definida por três fases, a primeira é designada fase de alarme, na qual o organismo responde com sintomatologia aguda de fugir ou lutar perante o evento considerado ameaçador.

A segunda fase, a de adaptação, surge quando o organismo se torna incapaz de manter a excitação do primeiro momento e possibilita o atenuar dos sintomas agudos e resistência ao *stress*.

A terceira e última fase, nomeada fase de exaustão associa-se a uma continuação do *stress*, ou seja, quando a primeira fase se prolonga durante um elevado período, podendo provocar um declínio no organismo (Guerreiro et al., 2007, como citado em Dias, 2019).

Face a um evento traumático, entram em ação diversos mecanismos neurobiológicos tais como: o sistema hipotálamo-hipofisário-supra-renal (HHS), o sistema locus coeruleus-noradrenalina (LC-NA) e o sistema nervoso simpático (SNS). Uma vez acionados, os sistemas HHS e LC-NA funcionam reciprocamente, conduzindo a respostas comportamentais que facilitam a homeostasia do sujeito, permitindo aumentar as suas possibilidades de sobreviver. Simultaneamente, estes sistemas potenciam a vigia e a atenção.

Outra consequência do funcionamento do sistema LC-NA é a estimulação do SNS, o que resulta num aumento do oxigénio e energia em circulação e consequentemente a uma maior expressão dos sintomas vegetativos como o aumento da tensão arterial, dilatação brônquilar, inibição do sistema digestivo, contração do baço, etc (Guerreiro et al., 2007, como citado em Dias, 2019).

Estes sistemas relacionam-se de forma multidirecional com diversos fundamentos neuronais como: a amígdala, responsável por modular as reações de medo, ansiedade e memória emocional; o sistema dopaminérgico mesolímbico que intervém no processo de recompensa e prazer; o córtex pré-frontal mediano, que

modula o comportamento executivo complexo e a flexibilidade afetiva. Pela secreção da hormona adrenocorticotrófica (ACTH) é produzido o cortisol, que ao ser libertado durante a reação de stress mobiliza energia, melhora a função cardiovascular, inibe funções de crescimento e reproduz algumas respostas imunológicas (Guerreiro et al., 2007, como citado em Dias, 2019, p.5).

O evento traumático, pode ser definido como uma resposta emocional a um acontecimento concreto (acidente, violação, ameaça de morte, lesão/doença grave). Esta resposta emocional surge logo após o evento (choque, negação...) e a longo prazo pode conduzir a diversa sintomatologia física e psicológica. Este acontecimento pode ser experienciado de várias formas: vivenciar diretamente o evento, testemunhar pessoalmente o episódio ocorrido a terceiros, ter conhecimento do evento por ocorrer a alguém próximo ou familiar e/ou ser exposto repetidamente a detalhes sobre o evento traumático (American Psychological Association, 2021).

O trauma psicológico, surge como resposta a um evento traumático, caracterizando-se pelo sofrimento físico, emocional e/ou psicológico e sentimentos de ameaça à percepção de segurança e estabilidade do sujeito. Contudo, este trauma é encarado como mais gravoso quando provocado por outro indivíduo e quando surge de forma imprevisível (Arriaga, 2018).

Similarmente, outros autores definem trauma psíquico como uma resposta extrema a um evento stressante, que conduz a alterações no funcionamento psicológico do indivíduo (Guerreiro et al., 2007 como citado em Dias, 2019). Este tipo de trauma surge quando estão presentes dois fatores: um evento que se caracteriza pela intensidade do mesmo e simultaneamente pela incapacidade do sujeito em responder de forma adequada, o que pode provocar um transtorno psicológico e alterações na estrutura psíquica. Este evento pode levar a um trauma psíquico, quando este gera um aumento de estimulação, num curto espaço de tempo e de forma demasiado intensa para ser gerida normalmente (Eizirik et al., 2006 como citado em Dias, 2019)

Um acontecimento traumático pode envolver danos significativos, vivências de morte ou perigo de morte e risco para a própria integridade física ou de outros, uma vez que tais situações implicam sentimentos de medo, horror e impotência. Alguns exemplos poderão ser:

- Raptos,
- Atos terroristas,
- Situações de combate,
- Desastres naturais,
- Acidentes de viação, assaltos
- Outras ações que envolvam violência física ou risco de vida (guerreiro et al., 2007 como citado em dias, 2019).

Os traumas vivenciados diretamente conduzem a uma maior probabilidade de desenvolver PSPT, assim como uma maior gravidade e longevidade da sintomatologia (LeBouthillier et al., 2015, como citado em Dias, 2019).

A manifestação mais básica desta sintomatologia, está associada com o surgimento de uma Reação Aguda de Stress (RAS), que engloba quatro tipos de expressões sintomáticas: emocionais (tais como ansiedade, sentimento de culpa ou embotamento afetivo), cognitivas (dissociação, memórias intrusivas, falta de concentração), relacionais (isolamento, aumento de conflitos nas relações) e físicas (como distúrbios de sono, cefaleias ou até consumo de substâncias) (Cunha et al., 2017, como citado em Feitor, 2020).

A PSPT surge por uma RAS face à vivência de um acontecimento potencialmente traumático (Cunha et al., 2017, como citado em Feitor, 2020). Estas duas patologias têm em comum este diagnóstico (Bosmans, 2015, como citado em Feitor, 2020). A RAS poderá progredir para um quadro de PSPT se se prolongar no tempo (pelo menos um mês após o evento crítico) e a sintomatologia compreender os quatro grupos de sinais e sintomas definidos pelo DSM-V (American Psychiatric Association, 2013).

2.3. Perturbação de *stress* pós-traumático: diagnóstico, sintomas e prevalência

O acontecimento traumático e o desenvolvimento do trauma ocorrem mediante um conjunto de dimensões contínuas (pré, peri e pós evento). Neste processo, o sujeito passa por um processo de ajustamento psicológico. Durante este período não existe uma única resposta genérica possível, sendo este ajustamento, um processo individual não-generalizado. Assim, e por ser um fenómeno complexo, as respostas adaptativas do indivíduo podem ser encaradas como sendo patológicas, mesmo não o sendo. A eficácia destas respostas perante o evento, poderá ser avaliada, se ao longo do tempo persistir a presença de sinais de sintomas não adaptativos; nestes casos poderá estar subjacente algum tipo de psicopatologia como a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) ou *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD) (Arriaga, 2018).

Aquando de uma situação potencialmente traumática, o sujeito responde conforme as suas aprendizagens ao longo do seu desenvolvimento, consoante a sua personalidade, segundo o contexto onde ocorre o evento e de acordo com as características do mesmo. Desta forma o acontecimento traumático tem na sua essência um carácter e subjetividade, uma vez

que o que para um indivíduo pode ser traumático, para outro poderá não o ser. Desta forma, existem uma multitude de reações diversas a uma mesma situação, uma vez que estas estão intimamente relacionadas às características pessoais de quem vivencia o evento (Guerreiro et al., 2007, como citado em Dias, 2019).

Assim sendo, a expressão clínica de sintomas individuais após exposição a um ou mais eventos traumáticos, é uma das características particulares e definidoras da PSPT; se por um lado um sujeito apresenta uma clínica sintomática e medo, revivência emocional e comportamental, outro indivíduo poderá experienciar humor disfórico e cognições negativas, excitação e sintomas reativos, outros apresentam sintomas dissociativos, ou ainda combinações de todos os padrões descritos. A perturbação é mais acentuada em casos em que o fator stressor é interpessoal ou intencional (American Psychiatric Association, 2013).

A situação traumática é muitas vezes revivida de diversas formas e frequentemente o indivíduo esforça-se intencionalmente para evitar pensamentos, lembranças, sentimentos, diálogos ou qualquer outra situação relacionada ao acontecimento traumático. Situações que relembrem o sujeito do evento traumático pela sua semelhança, conduzem frequentemente a um sofrimento psíquico intenso, não obstante do fator desencadeador do sentimento (American Psychiatric Association, 2013). O evento traumático provoca no indivíduo uma sensação de medo, ansiedade devido aos pensamentos intrusivos associados e por conseguinte a ideia/intuição de que o mundo não é um lugar seguro. Desta forma, as memórias intrusivas decorrem de uma coleção de informações sobre o trauma que ficam armazenadas na memória do sujeito, sendo representações mentais pormenorizadas das sensações que foram experienciadas durante a situação. Este recordar do evento, quer por meio de imagens distorcidas (flashbacks), assume-se como involuntário e espontâneo e pode traduzir-se numa sensação de perda da noção da realidade (Paulito, 2021, como citado por Fernandes, 2021).

O trauma relacionado com o parto trata-se de uma situação única quando comparado com a PSPT associada a outros eventos, uma vez que socialmente, o nascimento de um filho é visto como algo positivo. Esta perspetiva culturalmente intrínseca ao nascimento, faz com que este acontecimento seja considerado stressante, mas não um trauma, uma vez que o parto pode ser imprevisível e doloroso, porém é o que é considerado esperado de acontecer (Kranenburg et al., 2023).

O parto é igualmente um evento repleto de estimulação sensorial (sons, cheiros, sensações), o que torna a mulher mais suscetível de apresentar sintomatologia de reexperiência, uma vez que estes estímulos funcionam como gatilhos do acontecimento traumático. O nascimento é um evento que envolve não somente a parturiente, mas também o bebé e o companheiro, portanto a forma como este é experienciado vai-se refletir nas relações familiares e no vínculo entre mãe-bebé (Kranenburg et al., 2023).

A pessoa com PSPT, tende a irritar-se com facilidade, o que pode traduzir-se em comportamentos físicos ou verbais violentos, com autoagressividade latente, como a automutilação (American Psychiatric Association, 2013) e também a existência de reações intensas, resultando em alterações de humor, cognição e perturbações de sono, como também, uma sensação permanente de ameaça, conduzindo consequentemente a hipervigilância por parte da pessoa (Cervantes, Schuelter-Trevisol, e Jornada, 2013, como citado por Fernandes, 2021).

A expressão clínica da sintomatologia da SPST caracteriza-se por:

- Evitamento - situações ou pessoas relacionadas com o trauma;
- Embotamento afetivo;
- Intrusões - pesadelos e *flashbacks*;
- Amnésia;
- Afeto negativo;
- Hiperexcitação - reações de alarme/hiperatividade;
- Alterações do sono;
- Dificuldade de concentração;
- Irritabilidade;
- Raiva (Shalev, Liberzon, e Marmar, 2017; Cervantes, Schuelter-Trevisol, e Jornada, 2013; American Psychiatric Association, 2013, como citado por Fernandes, 2021).

Os dados epidemiológicos mostram, que cerca de 70-91% dos indivíduos diagnosticados com PSPT exibem sintomatologia relativa a perturbações de sono, sendo mais predominante a dificuldade em iniciar ou manter o sono. Contudo, cerca de 19%-71% dos sujeitos referem ter pesadelos, destacando, terem ocasionalmente, comportamentos disruptivos e violentos durante o sono, paralisia, sonambulismo e/ou alucinações hipnagógicas/hipnopômicas (Moreira, 2017, como citado por Fernandes, 2021).

Assim e de acordo com o DSM-V (2014) a Perturbação de Stress Pós-Traumático tem de cumprir os seguintes critérios:

Nota: Os critérios a seguir aplicam-se a adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade.

A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático;
2. Presenciar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas;

3. Saber que o evento traumático ocorreu com um familiar ou amigo próximo. Nos casos em que o episódio concreto ou ameaça de morte envolve um familiar ou amigo, é necessário que o evento tenha sido violento ou acidental;

4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático.

Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia, televisão, filmes ou fotografias (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 312).

Exemplos específicos da gravidez:

- Sofrimento fetal
- Desacelerações da frequência cardíaca fetal
- Prolapso do cordão umbilical
- Parto prematuro
- Rutura de cicatriz uterina
- Distocia de ombro
- Descolamento da placenta
- Cesariana emergente
- Uso de instrumentação no parto (ex. fórceps)
- Hemorragia pós-parto

O diagnóstico de PSPT pós-parto é dificultado pela subjetividade deste critério A, uma vez que a avaliação do perigo real, por parte de um profissional de saúde, pode não corresponder à experiência vivida pela mulher, em que esta pode temer pela sua vida/do bebê. O parto pode também ser um gatilho de trauma em mulheres que experienciaram traumas passados relacionados com o abuso sexual, uma vez que o próprio contexto, requer muitas vezes o toque por parte dos profissionais na região genital (Kranenburg et al., 2023).

B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, após a sua ocorrência:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático;
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático;
3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse a acontecer novamente. (Essas reações podem ocorrer num continuum, levando, no extremo, a perda completa de percepção do ambiente envolvente);

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado perante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático;

5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 312).

Exemplos específicos da gravidez:

- Pesadelos sobre o parto
- Sensação de reexperiência do parto,
- Reações ao ver ou ler algo sobre gravidez ou parto
- Reações ao visitar o hospital para as consultas pós-parto (Kranenburg et al., 2023).

C. Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, com início após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspetos:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do evento traumático;

2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca do evento traumático (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 312).

Exemplos específicos da gravidez:

- Evitar responder a questões sobre o parto
- Evitar pensar em coisas relacionadas com o nascimento
- Evitar visitar o hospital (em casos mais graves, pode resultar à recusa de cuidados necessários)
- Evitar contacto íntimo com o parceiro (por lembrança do trauma genital)
- Evitar exames ginecológicos (Kranenburg et al., 2023).

D. Alterações negativas na cognição e no humor, associadas ao evento traumático que iniciam ou pioram após a do evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:

1. Incapacidade de recordar algum aspeto importante do evento traumático (geralmente devido à amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas);

2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo;
3. Crenças distorcidas persistentes acerca da causa ou das consequências do evento traumático, levando o indivíduo a culpar-se a si mesmo ou aos outros;
4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha);
5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas;
6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros;
7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor) (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 312).

Exemplos específicos da gravidez:

- Sentimentos de culpa após uma cesariana (mulheres relatam tristeza por não conseguir parir sem ajuda)
- Sentimentos de culpa por indução médica do parto (mulheres relatam sentir que “falharam” a parir)
- Sentimentos de culpa por escolher analgesia.
- Sentimento de medo, nojo, raiva, vergonha, culpa, por colocarem as suas necessidades à frente das do bebê (Kranenburg et al., 2023)

E. Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, iniciando-se ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Comportamento irritadiço e/ou surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos;
2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo;
3. Hipervigilância;
4. Resposta de sobressalto exagerada;
5. Problemas de concentração;
6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado);
7. A perturbação (Critérios B, C, D e E) tem duração à mais de um mês (*American Psychiatric Association*, 2013, p. 312).

Exemplos específicos da gravidez:

- Comportamento irritável (por vezes dirigido ao parceiro)
- Estado de alerta excessivo (por medo de que algo aconteça ao bebé, por exemplo, verificar constantemente o bebé no berço para confirmar que está a respirar) (Kranenburg et al., 2023)

F. A duração da perturbação (Critérios B, C, D e E) é superior a um mês.

G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional e noutras áreas importantes da vida do indivíduo.

H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo:

A. Com sintomas dissociativos: Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de transtorno de stress pós-traumático, e, além disso, em resposta ao stressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. **Despersonalização:** Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo;
2. **Desrealização:** Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente envolvente.

Nota: Para classificar o subtipo, os sintomas dissociativos não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Especificar se:

B. Com expressão tardia: Se todos os critérios diagnósticos não se manifestarem até, pelo menos, seis meses após o evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas) (*American Psychiatric Association, 2013, p. 312*).

2.4. Fatores de risco e fatores protetores

Como já mencionado, existem múltiplas situações geradoras de *stress* e a prevalência da PSPT, varia conforme o evento propriamente dito e as condições de vulnerabilidade do sujeito (Vaz Serra, 2003).

O conceito de fator de risco está relacionado a diversas variáveis suscetíveis de originar a existência de um quadro clínico concreto. Relativamente aos fatores de risco para a PSPT, podem-se enunciar: fatores sociodemográficos, fatores relacionados com o indivíduo, fatores relacionados com o acontecimento.

Relativamente aos fatores sociodemográficos estes podem-se subdividir em três grupos: estatuto socioeconómico, grau de instrução e influência do género.

A literatura sugere que pessoas com maior dificuldade económica exibem mais sintomatologia e uma maior severidade da mesma. Esta situação pode ser explicada pela probabilidade aumentada de indivíduos com carência económica estarem mais expostos a eventos traumáticos, quando em comparação com indivíduos em situação oposta, em que os sujeitos têm um acesso facilitado aos recursos de ajuda.

O grau de instrução também é tido como um fator importante no desenvolvimento de PSPT, na medida em que sujeitos com menor grau de instrução estão mais predispostos ao distúrbio (Vaz Serra, 2003).

No que concerne ao género, a evidência mostra que o sexo feminino é mais predisposto a desenvolver este tipo de perturbação, o que poderá estar correlacionado à maior probabilidade de as mulheres serem vítimas de vários tipos de abuso (Vaz Serra, 2003).

Relativamente aos fatores de risco associados ao indivíduo e ao seu ambiente, podemos destacar 6 subgrupos: acontecimentos traumáticos na infância, situações não traumáticas geradoras de *stress*, ambiente familiar, presença prévia de perturbações psiquiátricas, influência genética e personalidade do indivíduo (Vaz Serra, 2003).

Eventos traumáticos ocorridos na infância tendem a resultar num padrão repetitivo de comportamento que está intimamente relacionado ao ambiente social, emocional e físico da família. Este tipo de acontecimentos pode fazer com que a pessoa transponha para a sua vida adulta os riscos e menor capacidade de resistência que tinha aquando da sua

infância, e consequentemente potenciar a probabilidade de se tornar novamente uma vítima em adulto (Wimalawansa, 2014, como citado em Dias, 2019).

A vivência de situações não traumáticas geradoras de *stress*, embora como o nome indica não têm cariz traumático, podem propiciar o indivíduo a tornar-se mais predisposto e sensível a outras situações percebidas como negativas que possam surgir. Isto acontece uma vez que estas circunstâncias indutoras de *stress* dispõem de particularidades cumulativas. Assim, qualquer evento percecionado como ameaça, mesmo não sendo traumático, irá ser experienciado sob *stress* (Vaz Serra, 2003).

Tal como mencionado anteriormente, o ambiente familiar é um fator de risco muito importante para o desenvolvimento de PSPT e está profundamente ligado ao fator de risco e eventos traumáticos ocorridos na infância. Existem por isso circunstâncias que predis põem a criança a tornar-se vítima de violência tais como: perturbações psicopatológicas dos pais, falta de supervisão, ambiente familiar conflituoso, desemprego recente e história de consumos (álcool ou drogas) na família (Vaz Serra, 2003).

A presença prévia de perturbações psiquiátricas do indivíduo ou da sua família é um fator de risco importante a ser analisado no contexto de avaliação do risco para o desenvolvimento da PSPT (Vaz Serra, 2003).

Este facto está mais uma vez relacionado com outro fator de risco, a influência genética. Em estudos feitos com gémeos, concluiu-se que os transtornos psicológicos eram representados de forma semelhante, contudo o impacto que a genética tem pode variar em função da idade, sexo e diferenças culturais (Vaz Serra, 2003). Assim, é possível concluir que se por um lado a genética pode ser um fator de maior sensibilidade ou predisposição para o desenvolvimento da PSPT, também pode funcionar como um fator de maior resiliência (Valente et al., 2008, como citado em Dias, 2019).

A personalidade do indivíduo é um fator *major* para o desenvolvimento desta perturbação, uma vez que o sujeito estabelece um papel moderador na sua resposta ao trauma. Assim, mediação é feita através da personalidade, a reação imediata face ao evento traumático e a forma como é processado cognitivamente, bem como da capacidade de procurar formas de apoio social e da exposição de situações traumáticas (Vaz Serra, 2003).

Os fatores relacionados com o acontecimento referem-se às características particulares do evento: o tipo de agressão, o impacto sobre o indivíduo, o grau de conhecimento que o sujeito tem acerca do agressor e a dissociação peri-traumática.

O trauma está intrinsecamente relacionado com a sua magnitude, ou seja, quanto maior for a agressão maior a probabilidade de o sujeito desenvolver PSPT. A violência sexual e outros tipos de abuso sexual e agressão física violenta, estão incluídos nos tipos de agressão, com maior potencial gerador de trauma. No outro lado do espetro, o evento que

menor risco apresenta, é o conhecimento de acontecimentos traumático que ocorreram com outro sujeito.

Existem algumas características que contribuem para que o evento traumático ocorra: o evento gerar uma ameaça séria e abrupta, o significado subjetivo dado, as perdas reais ou simbólicas provocadas pelo evento, cenários geradores de horror, a falta de previsão do episódio, questões médicas inevitáveis que alterem a vida do sujeito, a perda de recursos e ainda, a fase de desenvolvimento em que o indivíduo está. Outro aspeto particularmente importante que pode interferir grandemente na reação ao trauma, como por exemplo a procura de ajuda e tratamento, é o facto de a vítima conhecer ou não o agressor. O facto de a vítima saber quem é o seu agressor poderá diminuir a sua resistência, aumentar os sentimentos de culpa e por conseguinte levar a uma procura de tratamento tardiamente (Vaz Serra, 2003).

O acontecimento pode conduzir a uma dissociação peri-traumática, ou seja, um sentimento de irrealidade e fator de mau prognóstico, que se pode manifestar por: ausência do sentido de tempo, comportamentos automáticos, desconexão corporal e pairar sobre o acontecimento. Relativamente às causas que os sujeitos apresentam terminado o evento, estas são usualmente de natureza punitiva e depressiva, sendo que estes costumam efetuar atribuições internas causais para o insucesso, com expressões como: “A culpa é minha”, “Acontece-me de tudo” (Vaz Serra, 2003).

É fulcral que nos casos de PSPT não ocorram vivências negativas, uma vez terminado o evento, uma vez que a sua presença pode agravar a evolução e prognóstico da perturbação. De acordo com o que tem vindo a ser estudado, a ideia de emocionalidade expressa depende de vários fatores como: comentários críticos, hostilidade, envolvimento emocional, afetuosidade e comentários positivos. Como seria de esperar os comentários críticos e a hostilidade são os componentes que maior carga negativa apresentam na PSPT. Assim, o apoio familiar ou social inadequado pode contribuir para o desenvolvimento da PSPT (Wimalawansa, 2014, como citado em Dias, 2019).

Como já mencionado, existem fatores de risco para o desenvolvimento da PSPT, mas também fatores protetores que permitem que a perturbação não ocorra, sendo estes: o apoio social, e a personalidade/resiliência.

O conceito de apoio social diz respeito às relações sociais, à coesão interna dos elos e vínculos afetivos e ainda ao apoio e prestação de cuidados. A ação protetora deste fator divide-se em três subfatores: recursos da rede social, comportamento de apoio e avaliação subjetiva de apoio (Wimalawansa, 2014, como citado em Dias, 2019).

No que concerne aos recursos da rede social, estes estão associados a relações sociais que permitem criar estabilidade dentro de um grupo e também ativar uma rede interna de prestação de cuidados e ajuda quando necessário. Assim, os sujeitos incluídos neste

tipo de comunidade, acabam por desenvolver um forte sentimento de pertença e apoio social, o que se torna num fator protetor face ao *stress*. A literatura sugere que este tipo de apoio está fortemente associado a indivíduos com uma personalidade do tipo combativo, a um bom autoconceito prévio e a um tipo de locus de controlo interno. Por oposição, tal não acontece em indivíduos com escassez de recursos sociais. (Vaz Serra, 2003).

Em relação ao comportamento de apoio é importante referir que se trata de uma troca de apoio entre um recetor e um dador e tem como objetivo aumentar o bem-estar do recetor. No entanto, por vezes o apoio recebido pode ser percecionado de forma diferente ou até mesmo distorcida pelo recetor. A este conceito designamos de avaliação subjetiva de apoio e relaciona-se com o significado atribuído pelo recetor ao cuidado/auxílio prestado pelo dador. Um dos fatores que afeta a significância atribuída é a confiança estabelecida nesta díade relacional (Anestis et al., 2017, como citado em Dias, 2019).

Embora o episódio traumático seja um fator mandatário para a presença da PSPT, não obstante, nem todos os sujeitos que experienciaram um acontecimento potenciador de trauma desenvolvem a perturbação, uma vez que diferentes personalidades implicam diferentes reações perante um evento.

Existem vários fatores de risco potenciadores de PSPT, no caso particular do parto e podem ser categorizados conforme surgem antes, durante e após o parto e pelo tipo (obstétrico, psicológico e social), estes fatores encontram-se explicados na Tabela 2.

Tabela 2 - Fatores de risco para PSPT Pós-Parto; adaptado de Kranenburg, L., Berg, M., Stramrood, C. (2023).

	Pré-Parto	Durante o Parto	Pós-Parto
Obstétricos	Complicações na gravidez: • Pré-eclampsia • Parto pré-termo; • Síndrome de HELLP	• Complicações durante o Parto: • Cesariana de emergência; • Uso de ventosas/fórceps; • Hemorragia pós-parto.	Complicações com o bebé: • Ida para a Neonatologia; • Reanimação neonatal; • Mortalidade perinatal.
Psicológicos	• Historial psiquiátrico; • Trauma prévio (ex. violência sexual); • Medo do Parto; • Depressão durante a gravidez	Experiência de parto (ex. tratamento e comunicação com os profissionais de saúde); Dissociação.	• Depressão pós-parto; • <i>Stress</i>; • Estratégias de <i>coping</i> ineficazes.
Sociais	Vulnerabilidade Psicosocial: • Gravidez não desejada; • Circunstâncias <i>stressantes</i> (relações, financeiras, habitacionais, laborais, saúde).	Ausência de suporte tangível e suporte emocional	Ausência de suporte tangível e suporte emocional (ex: falta de compreensão/ não reconhecimento da severidade dos sintomas)

A resiliência pode ser definida como a capacidade que o sujeito tem para retomar a sua configuração prévia após suportar um embate ou deformação, e a sua capacidade para superar e restabelecer-se das contrariedades sofridas, sendo por isso fator de bom prognóstico. As características presentes no tipo de personalidade resiliente são: “abertura de espírito, flexibilidade, competência para aprender com a experiência, tolerância ao *stress*, coragem, criatividade, disciplina, integridade de consciência, sentido de humor e gosto por arquitetar sonhos” (Vaz Serra, 2003, p.15). Consequentemente, uma personalidade não resiliente está fortemente relacionada ao surgimento de sintomatologia da PSPT (Vaz Serra, 2003).

3. CRESCIMENTO PÓS-TRAUMÁTICO

O conceito de crescimento pós-traumático (CPT) é definido como uma alteração positiva em resposta a uma experiência traumática, e que conduz a uma transformação que está aliada a um desenvolvimento de luta anterior, como consequência do sofrimento provocado por esta vivência (Fonseca, 2011, como citado em Fernandes, 2021).

Neste capítulo irá ser explicada a definição de CPT, preditores e modelos associados a este conceito.

3.1. Definição de crescimento pós-traumático

A reconstrução pós-traumática frequentemente apelidada de crescimento pós-traumático, em inglês *Post-Traumatic Growth* (PTG), caracteriza-se por transformações psicológicas positivas após um sujeito ter sido exposto a um acontecimento traumático (Cui et al., 2021, como citado em Gonçalves, 2021).

Contudo, ainda que em muitas das situações se constate CPT, nem todas as pessoas são capazes de retirar aspetos positivos após vivenciarem um acontecimento traumático (Fonseca, 2011, como citado em Fernandes, 2021).

O conceito de CPT foi primeiramente introduzido por doutrinas religiosas como o cristianismo ou o budismo, como forma de transmitir a ideia que acontecimentos destoaantes podem provocar mudanças positivas no indivíduo. Esta possibilidade viria a ser mais tarde atestada, em estudos de investigação, por autores como Caplan, Frankl e Maslow (Calhoun e Tedeschi, 2013).

Em 1996, tendo em conta a literatura existente, surge a necessidade de se criar um termo específico de CPT ou PTG. Calhoun e Tedeschi (2013) definiram CPT como a percepção que o sujeito tem das alterações psicológicas positivas que surgiram face à energia psicológica mobilizada para responder perante o acontecimento traumático. O conceito tem por base duas ideias fundamentais: o “crescimento”, que concerne ao contraste entre a forma anterior de funcionamento do indivíduo versus a forma atual, e o “traumático”, que se

refere ao facto de o crescimento decorrer da vivência traumática e não de eventos stressores insignificantes ou parte de um processo de desenvolvimento normativo. Durante todo o ciclo vital, um sujeito pode vivenciar uma variedade de eventos traumáticos, tais como: episódios de violência física ou sexual, o diagnóstico de doenças crónicas ou oncológicas, acidentes rodoviários e a vivência de catástrofes naturais. Contudo, em casos de CPT, após experienciar a situação traumática, o indivíduo é capaz de nomear aspetos positivos essenciais para minorar as consequências negativas que advém, destacando como benefícios/aprendizagens: maior apreciação pela vida (aproveitar todos os momentos e reajuste de valores), restabelecimento de prioridades, melhoria na noção da sua força pessoal (maior perceção de si e das suas capacidades) e melhoria das relações interpessoais (melhoria nas esferas da intimidade e comunicação) (Vázquez et al., 2008). Apesar de vários sujeitos que experienciaram CPT relatarem uma melhoria no nível de funcionamento antecedente à experiência, este facto não é sinónimo de anulamento do sofrimento pelo trauma. O sofrimento pessoal existe independentemente das reações ou aspetos positivos que decorreram após a vivência de um evento traumático, e é fundamental perceber este conceito de forma a não minorar ou desvalorizar a experiência vivida pelo indivíduo (Hervás, 2009).

Assim, como já referido, a pessoa que passa por reconstrução pós-traumática pode simultaneamente experienciar emoções negativas e *stress* em resposta ao evento, ou seja, uma coexistência de emoções. Portanto, a ausência de emoções negativas numa fase inicial não permite o desenvolvimento de CPT, visto que estas emoções são o gatilho gerador de uma mudança significativa, pelo que por definição deverá existir sintomatologia com impacto negativo, para que se dê início ao processo de crescimento (Calhoun e Tedeschi, 2004).

Conforme o modelo de crescimento pós-traumático introduzido por Tedeschi e Calhoun (1990 cit. por Cui et al., 2021), o sofrimento experienciado pelo indivíduo e a influência positiva estão fortemente associados ao crescimento pós-traumático, e a ruminação revela-se um fator importante.

O conceito de CPT é um modelo multidimensional, na medida em que um sujeito pode experienciar mudanças positivas numa determinada esfera e não vivenciar essas alterações ou até mesmo experimentar alterações negativas noutros domínios. Todavia, este construto não é considerado um mecanismo adaptativo, mas sim um resultado de uma adaptação e respetivas estratégias adaptativas (como alterações do estilo e significado da vida, mudanças interpessoais e desenvolvimento da introspeção) (Nowicki et al., 2020).

O CPT é um conceito associado ao conjunto de mudanças psicológicas positivas que surgem em resposta a eventos de vida adversos (potencialmente traumáticos), e provocam respostas emocionais e reavaliação das crenças centrais de um indivíduo. Fazem parte destas mudanças a apreciação pela vida, transformações nas relações interpessoais, um

sentimento acrescido de força pessoal, alteração das prioridades e uma reavaliação existencial e espiritual da vida (Tedeschi e Calhoun 2004). Frequentemente esta noção de crescimento, está associada ao contexto traumático, contudo também pode ocorrer após experiências significativas de vida. Alguns autores utilizam o termo crescimento psicológico (CP), ao invés de CPT pós-parto (Berman et al., 2021).

De acordo com Meleis (2010), a transição para a maternidade é um evento central no desenvolvimento na vida de uma mulher. A gravidez e a maternidade são acontecimentos dinâmicos de construção e desenvolvimento, em que existem simultaneamente períodos de instabilidade e adaptação, mas também de reorganização, crescimento e desenvolvimento pessoal. Alguns estudos apontam que 35 a 50% das mulheres experienciam CP pós-parto, porém o conhecimento sobre fatores promotores de crescimento materno é limitado (Berman et al., 2021).

3.2. Preditores de crescimento pós-traumático

Em 1996, Calhoun e Tedeschi introduziram um modelo que possibilitava a compreensão do CPT como um fenômeno complexo e multidimensional. Posteriormente este modelo foi revisto por Tedeschi et al. (2018) e engloba uma variedade de aspetos que intercomunicam simultaneamente ao longo do tempo. O modelo mais recente encontra-se representado na figura abaixo (Figura 1):

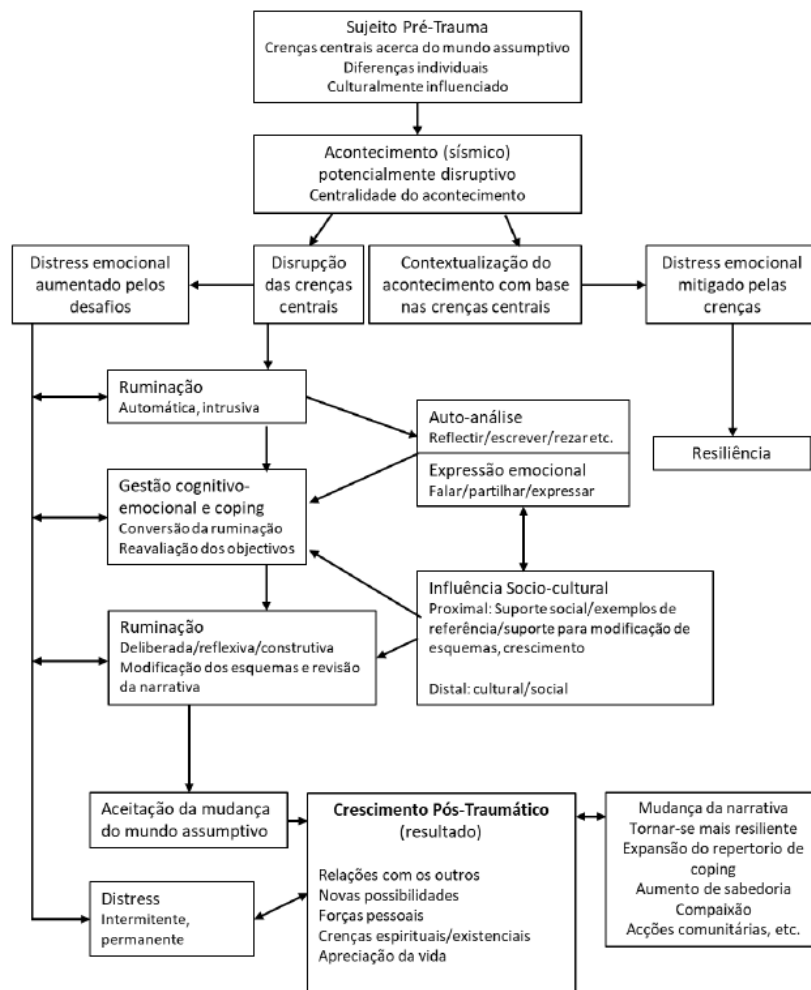


Figura 1- Modelo de Crescimento Pós-Traumático, adaptado por Fernandes, M. (2021).

Face ao modelo exposto, o CPT é interpretado como um processo pessoal, uma vez que se encontra intimamente associado à visão do indivíduo sobre o evento traumático e por isso é um fenómeno altamente influenciado por fatores pessoais anteriores/de personalidade e fatores relacionados com o acontecimento, como a severidade e a intensidade do mesmo. Assim, os aspetos pessoais pré-traumáticos também são francamente influenciados pela cultura na qual o sujeito está incluído e igualmente influenciado pelas suas crenças e valores.

A cultura é um fator importante a considerar para melhor compreender o tipo de crescimento que o sujeito apresenta, uma vez que diferentes culturas poderão interpretar um evento de diferentes maneiras. Da mesma forma, diferentes famílias/e ou ente queridos poderão representar fontes de apoio, e por isso facilitar este processo ou, contrariamente, manifestar desprezo/ desvalorização e dificultar o desenvolvimento de CPT (Tedeschi, Shakespeare-Finch, Taku, e Calhoun, 2018).

As crenças centrais são representações cognitivas que conjuntamente com experiências de vida, possibilitam ao indivíduo criar as suas teorias. Estas teorias servem de modelo cognitivo-emocional orientador para guiar o indivíduo a percorrer o ambiente que o rodeia, dando sentido e significado às suas vivências. Estas representações cognitivas permitem ainda a compreensão de eventos e contextos. Este entendimento passa por um processo cognitivo que estrutura a realidade percebida e lhe confere um cariz de previsibilidade. Assim, face a um cenário expectável/previsível, o indivíduo sente uma sensação de controlo face às contrariedades, sentindo-se seguro e protegido. Ao longo do ciclo vital, o sujeito vai cimentando as suas crenças, ou seja, vão tornando-se mais robustas e coesas e por isso torna-se mais difícil modificar as crenças já existentes ou adicionar novas crenças. A adição de novas crenças, leva a que a pessoa frequentemente as ignore, uma vez que estas não fazem parte do seu leque cognitivo (Calhoun e Tedeschi, 2013). Perante um evento traumático, pode existir uma disrupção das crenças centrais. Tal sucede quando o sujeito não está psicologicamente preparado para lidar com o acontecimento e numa tentativa de o compreender, mobiliza todos os seus recursos cognitivo-emocionais. Este evento, sendo novo e sendo stressante, vai influenciar a ação e pensamento da pessoa, podendo mesmo abalar toda a estrutura cognitiva na qual as crenças assentam. Este desabar de toda a construção mental de crenças vai levar a um questionamento e reavaliação das mesmas, e por isso torna-se um ponto central e determinante para ocorrer o CPT (Calhoun e Tedeschi, 2004).

Outro fator determinante e preditor do fenómeno de CPT é o processamento cognitivo, que ocorre frequentemente devido ao abalar e disrupção de crenças centrais. Este processo mental surge inicialmente de forma automática como uma ruminação intrusiva. A ruminação intrusiva define-se como a presença de pensamentos e/ou imagens negativas intrusivas, que surgem espontaneamente de forma automática e por isso estão fora do controlo da pessoa. À medida que o tempo avança, estes pensamentos tornam-se voluntários/deliberados e ocorrem pela necessidade do indivíduo se confrontar com o acontecimento traumático. A ruminação intencional caracteriza-se como prática cognitiva reflexiva, que conduz ao desenvolvimento de pensamentos positivos e centrados na atribuição de significados reais ao evento, para que o indivíduo possa reconstruir e restaurar as suas crenças centrais. Neste sentido, quanto maior o envolvimento em relação aos pensamentos que atribuem significado ao evento, maior a capacidade da pessoa para conviver com as consequências que dele advêm e por isso aumenta também a probabilidade de o fenómeno de CPT ocorrer (Calhoun e Tedeschi, 2013).

A expressão emocional e o suporte social são aspetos fulcrais e centrais para o desenvolvimento de CPT. Contudo, este processo é angustiante e desagradável para o indivíduo e nem todos conseguem lidar com as consequências do evento traumático, pelo que existe um prolongamento excessivo dos pensamentos ruminativos intrusivos. O

aumento do espaço temporal em que estes pensamentos ocorrem, podem-se traduzir num aumento da sintomatologia depressiva/ansiosa/*stress* (Calhoun e Tedeschi, 2013).

O conceito de resiliência é um fator que tem implícito na sua definição um retorno a um “eu” anterior, no qual existe manutenção ou recuperação da funcionalidade prévia e um aumento da capacidade para gerir o *stress* provocado pelo evento traumático (Tedeschi et al., 2018). O CPT como resultado tem na sua essência transformações cognitivas e uma reestruturação de crenças por parte do sujeito, mediante o evento traumático. Assim, este fenómeno não é universal, nem provoca a anulação de emoções negativas, pelo que muitos sujeitos ao vivenciar o CPT experienciam sensações de apreciação, preparação e resistência, mas também de desilusão, ansiedade, imprevisibilidade e vulnerabilidade (Calhoun e Tedeschi, 2013).

Relativamente ao fator “mudança da narrativa”, este está intimamente associado à aprendizagem cognitiva que é produzida após o acontecimento e que progressivamente vai sendo incluída na narrativa de vida pessoal do indivíduo. Esta integração permite que o evento traumático assuma um foco central na identidade do sujeito e seja impactante na vida do mesmo, positiva ou negativamente. O impacto percebido depende grandemente da avaliação que é feita do evento. Se o sujeito julga que a confrontação com o evento traumático o levou a um ponto de viragem positivo, como por exemplo um desenvolvimento de uma nova filosofia de vida mais clara, esta inclusão irá ter uma repercussão positiva na sua narrativa e história de vida. Contrariamente se o indivíduo percecionar o enfrentamento como negativo, sobrevalorizando os aspetos negativos associados ao evento, essa integração promove uma insatisfação e frustração com a vida (Tedeschi et. al, 2018).

O fator “mudança da narrativa” torna-se assim, fundamental para efetuar a avaliação do processo de CPT, uma vez que se trata de um franco indicador de desenvolvimento pessoal, porque tem por base a compreensão qualitativa e quantitativa que é feita da narrativa do sujeito, e não da vontade social associada ao meio envolvente do mesmo. Este fator também tem inerentemente um maior desenvolvimento da sabedoria, o que resulta na transformação de esquemas cognitivos, ou seja, o abandono de crenças prévias e a integração de novas crenças ajustadas a vivência traumática. Esta aprendizagem progressiva torna o sujeito mais complexo e resistente face a novos eventos potencialmente traumáticos (Calhoun e Tedeschi, 2013; Tedeschi et al., 2018).

Desta forma, a avaliação do CPT, poderá ser feita através de vários instrumentos que avaliam a perceção de mudanças positivas na pessoa, tais como: *The Stress-Related Growth Scale*, *Benefit Finding Scale*, *The Psychological Well-Being-Posttraumatic Changes Questionnaire*, *The Changes in Outlook Questionnaire*, etc (Fonseca, 2011).

A literatura atual sobre investigação perinatal debruça-se muito sobre os aspetos negativos na mulher após o parto (ansiedade, depressão, PSPT), pelo que mais recentemente tem

surgido um interesse em compreender eventuais fatores positivos associados ao parto traumático. Por ser um tópico de investigação mais atual, ainda existe pouca literatura sobre CPT pós-parto (Brandão et al., 2020). Numa revisão sistemática da literatura, Brandão et al. (2020) organizam os fatores associados ao CPT pós-parto em três categorias: fatores individuais, fatores relacionados com o evento e fatores contextuais.

Fatores individuais

Os fatores individuais mencionados na literatura sobre o CPT pós-parto podem ser subdivididos em fatores sociodemográficos e fatores psicológicos. Os fatores sociodemográficos incluem: a idade, a educação, paridade, estado socioeconómico, estado geral de saúde e estado civil. Os fatores psicológicos englobam; tipo de vinculação, autoestima, estratégias de *coping*, sintomas depressivos, saúde mental, sintomas de PSPT, percepção de *stress*, percepção de autoeficácia/mestria, resiliência, otimismo, nível de *distress*, percepção de *stress* parental e o sentido de coerência interna (Brandão et al., 2020).

Relativamente à idade, alguns autores (como, Sawyer et al., 2015) defendem que mulheres mais novas experienciam maior CPT pós-parto, enquanto outros autores (como, Porat-Zyman et al., 2018), assumem não existir relação entre a idade e o CPT pós-parto.

A educação foi um dos fatores discordantes entre autores relativamente ao seu impacto no CPT pós-parto. Em alguns estudos longitudinais, os autores argumentam que mulheres com níveis educacionais mais baixos apresentam maior crescimento pós-traumático (Rozen et al., 2018). Contrariamente, outros autores concluíram que níveis educacionais mais elevados estavam associados a um maior CPT e a uma melhoria na saúde mental da mulher (Porat-Zyman et al., 2018), porém, as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas.

No que diz respeito à paridade, mais uma vez os resultados são inconsistentes na literatura. Nishi e Usuda (2017), num estudo longitudinal, constataram que após um mês pós-parto, as mulheres primíparas obtiveram maior CPT, do que mulheres múltiparas. No entanto, noutros estudos (Porat-Zyman et al., 2018; Taubman-Ben-Ari et al., 2018), ser múltipara revelou níveis maiores de CPT, contudo, a diferença encontrada não era significativa.

A maioria da literatura converge na ideia que o *status* socioeconómico não é um fator relevante para o CPT, com a exceção de um estudo por Rozen et al. (2018), em que mulheres de níveis socioeconómicos mais baixos experienciaram níveis mais elevados de CPT.

Nenhum estudo, comprovou a relação entre o estado geral de saúde da mulher (Porat-Zyman et al., 2018; Taubman-Ben-Ari et al., 2018) e o estado civil (Sawyer et al., 2015) e o crescimento pós-traumático.

Em relação ao tipo de vinculação, não foram encontradas associação entre uma vinculação insegura-evitante e CPT (Rozen et al., 2017; Noy et al., 2015), contudo, em relação à vinculação ansiosa os resultados foram discordantes. Taubman-Ben-Ari e Spielman (2014), concluíram que uma vinculação ansiosa está associada a maiores níveis de CPT, contudo em 2017, Rozen et al. encontraram valores mais elevados de CPT em mulheres com níveis de vinculação ansiosa mais baixo. Em vários estudos a autoestima da mulher, não teve qualquer tipo de associação com os níveis de CPT (Rozen et al., 2017; Taubman-Ben-Ari et al., 2018).

No que toca às estratégias de *coping*, a literatura assume que *coping* ativo, reavaliação positiva, suporte emocional, negação e *coping* focado na resolução de problemas, estavam associados ao CPT, enquanto que, outras estratégias não estavam associadas a CPT, tais como: planeamento, suporte instrumental, expressão de emoções, humor, aceitação, distração, religião, procura de ajuda, e *coping* focado nas emoções (Sawyer et al., 2015).

Mulheres que experienciaram mais sintomas depressivos no primeiro mês pós-parto, obtiveram maior CPT (Nishi e Usuda, 2017), contudo o mesmo não se verificou aos 11 meses pós-parto (Sawyer et al., 2015). Em 2018, Porat-Zyman et al., verificaram que mulheres com melhores níveis de saúde mental, obtiveram igualmente melhores valores de CPT. Relativamente à sintomatologia de PSPT, mulheres com a presença de mais sintomas, alcançaram um maior CPT aos 11 meses pós-parto (Sawyer et al., 2015).

O *stress* percebido (Rozen et al., 2015), a maestria/autoeficácia (Taubman-Ben-Ari et al., 2012), o *stress* parental percebido e sentido de coerência interna (Taubman-Ben-Ari e Sipelman, 2014) foram fatores para os quais não foram encontradas qualquer relação com o CPT. Por sua vez, níveis elevados de optimismo (Taubman-Ben-Ari et al., 2018), maior resiliência (Nishi e Usuda, 2017) e níveis moderados de *stress* foram associados a um maior CPT.

Fatores relacionados com o evento

Os fatores relacionados com o evento e com o CPT relatados na literatura são: prematuridade, ter gémeos, tipo de parto, apreciação do parto enquanto desafio, apreciação do parto enquanto ameaça, fobia do parto, tipo de conceção, estado de saúde do bebé, o peso no nascimento e o valor de Apgar após um minuto.

A prematuridade foi um fator considerado na literatura com um maior CPT, contudo não existe relação entre ter gémeos ou não e o CPT (Noy et al., 2015; Porat-Zyman et al., 2018 e Taubman-Ben-Ari et al., 2018). Sawyer et. al (2012), num estudo longitudinal constataram que mulheres submetidas a uma cesariana (quer eletiva ou emergente), apresentaram um maior CPT do que mulheres que apresentaram um parto vaginal. Porém, Nishi e Usuda (2017) não encontraram nenhuma associação entre o tipo de parto e o CPT.

A literatura sugere uma associação positiva entre o CPT e a apreciação do parto enquanto desafio (por exemplo: o desafio em termos de mestria que a transição requer), por outro lado, a apreciação do parto enquanto ameaça (por exemplo: acreditar que o parto pode colocar em risco o bem estar materno) está negativamente associada ao CPT (Taubman-Ben-Ari et al., 2012). De forma semelhante, Nishi e Usuda (2017), concluíram que níveis mais baixos de fobia do parto estavam associados a um maior CPT.

O tipo de concepção, o peso ao nascer e o índice de Apgar ao primeiro minuto, não apresentaram nenhum tipo de relação com o CPT (Taubman-Ben-Ari et al., 2018 e Spielman e Taubman-Ben-Ari, 2009).

Porém, Rozen et al. (2017) determinaram que o estado de saúde do bebê tem uma influência positiva com o CPT. Este estado geral de saúde foi avaliado com base em alguns fatores que podem por em risco a saúde do bebê, tais como o número de semanas ao nascer (inferior a 32), o peso ao nascer (inferior a 1500g), patologias potencialmente fatais no bebê, necessidade de oxigenoterapia ou monitorização do bebê após a alta e internamentos na unidade de cuidados intensivos.

Fatores contextuais

Os fatores contextuais mencionados na literatura são cinco: qualidade do apoio do parceiro, temperamento do bebê, apoio social, desenvolvimento do bebê e eventos prévios stressantes para a mulher (Brandão et al., 2020).

A qualidade do apoio do parceiro, de acordo com Taubman-Ben-Ari e Sipelman (2014), não influencia o nível de CPT. Todavia, Noy et al. (2015) concluíram que uma dimensão da qualidade matrimonial (percepção da parentalidade) estava fortemente associada com um maior CPT. A percepção da parentalidade é um subitem da escala *Evaluating and Nurturing Relationship Issues Communication and Happiness*, e avalia as atitudes e sentimentos do casal em criar uma criança, focando-se na disciplina, metas para a criança e o impacto da mesma no casal (Fowers e Wilson, 1998). O temperamento do bebê, segundo (Noy et al., 2015 e Taubman-Ben-Ari e Sipelman, 2014), não parece ter influência no CPT contudo, num estudo mais antigo de Spielman e Taubman-Ben-Ari (2009), mulheres que percecionavam o seu bebê como tendo um temperamento difícil, obtiveram níveis inferiores de CPT.

O desenvolvimento do bebê, eventos prévios stressantes e o apoio social, não tiveram impacto nos níveis de CPT (Taubman-Ben-Ari e Sipelman, 2014; Taubman-Ben-Ari et al., 2010 e Taubman-Ben-Ari et al., 2012).

3.3. Modelos de crescimento pós-traumático

Os eventos traumáticos desintegram todas as crenças basilares sobre nós próprios e sobre o mundo que nos rodeia. Na sequência destas experiências extremas, o *coping* torna-se uma tarefa árdua, na medida em que é necessário a reconstrução estrutural e cognitiva de crenças. Neste sentido é importante encontrar um equilíbrio entre a autoconfrontação e evitamento de pensamentos, sentimentos ou imagens associadas ao trauma. Ao longo do tempo, e com a ajuda e apoio de ente queridos, a maior parte dos sujeitos consegue reestruturar o seu mundo interior através de autoreavaliações cognitivas, ou seja, conseguem ultrapassar o evento, sem focar toda a sua energia na vitimização. Assim, as vítimas de um evento traumático, tornam-se sobreviventes (Janoff-Bulman, 2004).

Tedeschi e Calhoun (2004) definem e detalham ainda mais esses processos cognitivos fundamentais e apresentam uma análise completa e empiricamente rica do *coping* pós-traumático. O foco baseado na compreensão do crescimento pós-traumático, no entanto, levanta uma questão sobre a relação entre esse processo de *coping* e o crescimento pós-traumático. Embora o modelo apresentado por estes autores seja "Modelo de crescimento pós-traumático", Janoff-Bulman (2004), considera que o modelo deveria ser intitulado de como "Modelo de *Coping* Pós-Traumático", uma vez que os autores consideram o CPT como um resultado, ou subproduto natural, do processo de *coping*.

O *coping* bem-sucedido ou a recuperação do trauma não é sinónimo de voltar aos pressupostos fundamentais prévios, mas sim estabelecer um mundo de suposições confortável e integrado que inclua a experiência traumática. O trauma é continuamente codificado na mente do sobrevivente por meio de alterações nos esquemas psicológicos básicos, que refletem algum grau de desilusão e vulnerabilidade pessoal, ou seja, ao nível das suas suposições fundamentais, os sujeitos ficam com perceções mais negativas do mundo e da sua própria segurança. O CPT é usado para descrever um conjunto de benefícios, representados pelos cinco fatores do Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI) de Tedeschi e Calhoun (1996): novas possibilidades, relacionamento com os outros, força pessoal, mudança espiritual e valorização da vida (Janoff-Bulman, 2004).

No entanto, Janoff-Bulman (2004) considera que pode ser errado supor que esses benefícios refletem o mesmo caminho subjacente para mudanças positivas. A autora considera igualmente que este conjunto de benefícios são insuficientes para perceber o

papel de processos psicológicos díspares, e que estes são mais bem explicados por três modelos distintos de CPT: Força através do sofrimento, Preparação psicológica e Reavaliação existencial. Estes modelos não são mutuamente exclusivos.

Modelo 1 “Força através do sofrimento”

Dos três modelos de crescimento pós-traumático, a força através do sofrimento é mais preeminente na nossa cultura e remete à crença que sugere que tudo o que não nos mata nos torna mais fortes. A mensagem implícita na virtude redentora do sofrimento, está patenteada em várias religiões e na nossa perspectiva de valor pessoal “sem dor/sofrimento, não há ganho” quando nos desafiamos psicologicamente (Janoff-Bulman, 2004).

Dois fatores no PTGI de Tedeschi e Calhoun (1996) captam melhor esses sentimentos, força pessoal e novas possibilidades. A força pessoal compreende autorrelatos de maior autoconfiança, força e autorrespeito. Muitos sobreviventes, após eventos extremos e negativos na vida, reconhecem que passaram por muita angústia e são mais fortes por essa experiência (Janoff-Bulman, 2004).

Ao vivenciar dor e sofrimento debilitantes resultantes do trauma, os indivíduos são capazes de se consciencializar e descobrir qualidades anteriormente desconhecidas. Neste processo, também se tornam capazes de desenvolver novas estratégias de *coping* e expandir os seus recursos, o que em última instância lhes permite ter novas possibilidades nas suas vidas. Para alguns sobreviventes este crescimento surge com o desenvolvimento de um novo sentimento de coragem e autoconfiança nas suas capacidades, para outros, reside em novas e poderosas restrições ao seu antigo estilo de vida. Para este último caso, Janoff-Bulman (2004), ilustra com a descrição de um caso de um atleta a frequentar o ensino secundário e que fica paralisado após um acidente. O jovem descreve ao autor um novo entusiasmo encontrado pela satisfação que extraía da literatura, do exercício mental, o que contrastava com a anterior satisfação que o exercício físico lhe proporcionava. Os sobreviventes ganham assim, um maior nível de autoconhecimento, sobre as suas competências, capacidades e novas possibilidades que extraem do esforço e determinação que demonstram durante o ajuste pós-traumático. Esta vivência conduz a uma nova perceção de si mesmos e uma reconstrução do seu mundo interno (Janoff-Bulman, 2004).

A força através do sofrimento gera novas avaliações do eu após eventos extremos; essas novas perceções são facilmente compreensíveis à luz das perdas dolorosas vividas pelo sobrevivente. Embora seja possível argumentar que compreendendo melhor os desafios superados, melhor será o entendimento sobre as dificuldades sentidas, isso não parece ser necessário para compreender as novas forças encontradas pelos sobreviventes (Janoff-Bulman, 2004).

Modelo 2 “Preparação psicológica”

O modelo de crescimento pós-traumático - preparação psicológica - pode ser melhor compreendido através do entendimento das alterações no mundo interno do sobrevivente. Este modelo tem como premissa que, como consequência de ultrapassar com sucesso o evento traumático, os sobreviventes não só estão mais bem preparados para infortúnios posteriores, mas também tendem a ser menos traumatizados futuramente. O *coping* envolve a reconstrução de um mundo interior viável, e é a mudança a esse nível que dota o sobrevivente de uma maior proteção psicológica (Janoff-Bulman, 2004).

Este segundo modelo não se alinha com nenhum dos cinco fatores do PTGI de Tedeschi e Calhoun (1996), uma vez que, em traços gerais, não reflete uma mudança positiva auto-relatada. A preparação psicológica é indubitavelmente benéfica e, como tal, é um tipo de crescimento pós-traumático, mas fundamentalmente traduz o *status* ontológico do sobrevivente após o *coping* bem-sucedido, ao invés de representar percepção ou auto-relato do sobrevivente (Janoff-Bulman, 2004).

A metáfora de Tedeschi e Calhoun de um terremoto como uma representação geral da crise psicológica e do crescimento dos sobreviventes está presente no modelo de preparação psicológica do crescimento pós-traumático. Estes autores alegoricamente comparam a forma com os terremotos abalam intensamente e dizimam as estruturas físicas, com as proporções sísmicas dos eventos traumáticos da vida desafiam e destroem as estruturas psicológicas. No processo de reconstrução bem-sucedida, as estruturas psicológicas, assim como as físicas, são projetadas para serem mais resistentes aos desafios sísmicos futuros. Essas são as vantagens da preparação psicológica (Janoff-Bulman, 2004).

Esta perspectiva teórica do crescimento pós-traumático apresenta paralelismos com o Modelo de Inoculação do *Stress* de Meichenbaum (1985), que postula que a exposição a um *stress* moderado resulta numa proteção psicológica a stressores posteriores. De igual forma, o processo de vacinação envolve a exposição a formas mais atenuadas da doença e evita futuramente ocorrências mais graves da mesma. Na vacinação, geralmente a exposição primária é mais fraca do que a doença contra a qual se protege, contudo o mesmo é válido para o trauma. No trauma, o sobrevivente desenvolve um processo de reconstrução que permite estar melhor preparado psicologicamente para traumas futuros (Janoff-Bulman, 2004).

De acordo com a visão do modelo de Tedeschi e Calhoun e à luz da teoria de trauma de Janoff-Bulman (2004), esta preparação psicológica é mais bem percebida à luz dos desafios e mudanças no mundo assumido do sobrevivente. Em vários anos de pesquisa e em colaboração com sobreviventes de trauma, Janoff-Bulman (2004) refere que a frase que mais vezes lhe foi expressa (independentemente do tipo de vitimização) foi: “Nunca pensei que isto me pudesse acontecer”. Enquanto não vítimas de trauma, assumimos estar

preparados para infortúnios, pois temos acesso a todo o tipo de estatísticas, a percentagem de atingimento de cancros, de acidentes rodoviários ou de crimes cometidos. Contudo, trabalhos acerca do processamento duplo (Chaiken e Trope, 1999, como citado por Janoff-Bulman, 2004), mostram que existe uma clara diferença entre o que pensamos acreditar e o que realmente acreditamos, o que reforça a ideia de níveis explícitos e implícitos de processamento. Assim, enquanto não vítimas, sabemos que coisas más acontecem, mas simplesmente não acreditamos que estas irão acontecer connosco, ou seja, não estamos verdadeiramente psicologicamente preparados para o trauma. O trauma provoca um abalar massivo das expectativas do sobrevivente, o seu mundo interno fica desintegrado, uma vez que as suposições que outrora transmitiam estabilidade e coesão psicológica, agora são vistas como inadequadas face ao novo mundo pós-traumático. O *coping* envolve a reconstrução de um mundo psicológico que simultaneamente explique a vitimização, mas também seja confortável de modo a permitir que os sobreviventes continuem a viver. Esta reconstrução de suposições permite que os indivíduos incorporem nelas a sua experiência e a criação de novas suposições mais negativas, o que os leva a reconhecer melhor o perigo e a sua própria vulnerabilidade. Contudo, esta visão negativa não se transpõe no mundo interior dos sobreviventes no decorrer do tempo. Na generalidade, os sobreviventes restabelecem suposições centrais mais positivas, apenas não tão positivas como as suposições pré-traumáticas. Agora, o sobrevivente reconhece que aquilo que nunca pensou que lhe pudesse acontecer é uma possibilidade real futura, e esse novo reconhecimento possibilita uma maior resistência ao impacto de tragédias posteriores (Janoff-Bulman, 2004).

Modelo 3 “Reavaliação existencial”

Os dois modelos anteriormente mencionados, podem ser explicados à luz do sofrimento e da dor esperada que um indivíduo experiencia como reposta a eventos de vida extremos e negativos. Na força através do sofrimento, o indivíduo aprende sobre o seu *self*, na preparação psicológica existe a reconstrução de um novo mundo assumido, no qual a tragédia é reconhecida como uma possibilidade (Janoff-Bulman, 2004).

A reavaliação existencial, surge no contexto de respostas inesperadas a experiências traumáticas (Janoff-Bulman, 2004). Tedeschi e Calhoun (1996), citados por Janoff-Bulman (2004), ilustram exemplos deste tipo de reações positivas, ao estudar as histórias de vida de vários sobreviventes. Hamilton Jordan após sobreviver a vários tipos de cancro afirma que “As alegrias simples da vida estão em toda a parte e são ilimitadas”. Sally Walker após sobreviver um acidente de avião que vitimou 13 pessoas, expressa o seu otimismo com as palavras: “Tudo na vida é uma dádiva.”

Três dos cinco fatores da presentes no PTGI de Tedeschi e Calhoun (1996), a apreciação da vida, o relacionamento com os outros e a mudança espiritual, estão presentes como exemplos deste modelo de crescimento. Apreciação pela vida provém de uma nova estima

pela existência de alguém no mundo, o “dom de viver”. Este conceito é muitas vezes debatido, não somente em modo geral, mas também no que concerne a domínios particulares, tais como a família e amigos e na esfera espiritual. Hamilton Jordan ao falar da nova alegria encontrada ao viver menciona o seu apreço pela sua família e amigos. Muitos indivíduos após experiências traumáticas referem uma fé religiosa renovada ou uma profunda admiração pela beleza da natureza. Tal acontece porque existe uma reorganização de prioridades pessoais, o que inclui muitas vezes relacionamentos pessoais (Janoff-Bulman, 2004).

Esta nova e fascinante visão do mundo, ainda que comum, não poderá ser explicada de forma simples. Não chega apenas compreender que o indivíduo reconstruiu com sucesso as suposições basilares e as incorporou na sua experiência de vida. Para um entendimento mais profundo, é necessário o reconhecimento da luta existencial dos sobreviventes no processo de reconstrução dos seus mundos internos, especificamente o processo de atribuição de significados perante a perda. Existem dois tipos de significados que podem traduzir a luta existencial no processo de vitimização: significado como compreensão e significado enquanto significância da experiência traumática (Janoff-Bulman e Frantz, 1997, como citado em Janoff-Bulman, 2004). Numa fase inicial do processo de vitimização, os indivíduos estão preocupados com as questões da compreensão, ou seja, tentam atribuir sentido ao evento traumático, o que os leva a questionar o valor ou o significado da vida. Numa fase mais posterior as vítimas não questionam apenas o porquê de o evento ter ocorrido, mas sim o porquê de ter ocorrido a elas particularmente (questões de incidência selectiva). De forma elementar, enquanto seres humanos, tendemos a acreditar que quem somos e como agimos determina o que nos acontece, ou seja, se formos boas pessoas e agirmos de modo preventivo, não acontecerão coisas más. Desta forma, quando surge um infortúnio, os indivíduos tendem a iniciar um processo de culpabilização, e procuram tentar perceber o que poderiam ter feito de diferente para que o evento não tivesse ocorrido, numa tentativa de atribuir significado a um universo aleatório, e minimizar o seu sentimento de fragilidade e vulnerabilidade (Janoff-Bulman, 2004).

O confronto com a tragédia e a compreensão de que esta pode surgir novamente e a qualquer momento e o reconhecimento das perdas, força uma reavaliação existencial que reforça as questões de significado e valor. Perante a tragédia, os sobreviventes reconhecem e assumem um novo valor, uma nova apreciação pela vida. Este processo, passa por uma redefinição de prioridades, o que leva muitos sobreviventes a valorizar o tempo passado em família ou entre amigos, a envolverem-se em novos projetos e a procurarem um maior sentido de espiritualidade. Esta reavaliação existencial surge como resultado das novas premissas e crenças que, após o evento traumático, pautam as suas vidas (Janoff-Bulman, 2004).

4. METODOLOGIA DO ESTUDO

A investigação científica é processo sistemático que possibilita, através de um processo ordenado, responder a questões (de investigação) acerca dos fenómenos do mundo que nos rodeia e por isso é um método de obtenção de novo conhecimento (Fortin, 2009).

A fase metodológica é essencial para a construção da investigação e engloba a formulação da questão de investigação, o desenho, métodos de colheita de dados e análise dos mesmos (Fortin, 2009).

4.1. Questões orientadoras e objetivos

A revisão da literatura é uma parte fundamental do processo de investigação e assenta numa delimitação clara da área a investigar, no sentido de conhecer e distinguir o conhecimento existente da necessidade de investigação, aumentando assim o conhecimento geral sobre uma determinada disciplina. Este processo pode ser atingido através da leitura e análise de artigos, livros, bases teóricas e modelos explicativos do tema em estudo (Fortin, 2009).

Após a revisão da literatura do presente trabalho (capítulos 1, 2 e 3), que reforça a pertinência do estudo desta problemática, surgiu a necessidade de formular uma questão de investigação clara que permitisse orientar a investigação a desenvolver. De acordo com Sousa (2012), uma questão de investigação é uma pergunta formulada no tempo verbal presente e deverá incluir as variáveis, bem como a população a estudar. Quivy e Campenhoudt (2005), acrescentam ainda que este enunciado deverá englobar três condições necessárias: a clareza, a exequibilidade e a pertinência. Assim, e tendo em consideração a problemática em estudo, foi obtida a seguinte premissa “Saúde mental perinatal e trauma relacionado com o parto”, que originou a seguinte questão de investigação “Em que medida a vivência de acontecimentos percebidos como traumas pela mulher durante o parto podem estar na origem de perturbações de *stress* pós-traumático?”.

Posteriormente a ser elaborada a questão de investigação foram traçados os objetivos. Estes são definidos como afirmações claras do que o investigador pretende identificar, explorar, descrever, prever ou explicar no decorrer da sua investigação (Fortin, 2009). Tendo em mente o problema de investigação acima referido, e o contexto espaço-temporal estabelecido, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo;
- Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT;
- Avaliar a presença de sintomas de *stress* pós-traumático nas participantes do estudo;
- Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às mulheres que vivenciaram *stress* pós-traumático.

4.2.Desenho de investigação e opções metodológicas

O presente estudo usou uma abordagem quantitativa, não experimental, com caráter descritivo, correlacional e transversal. Fortin (2009), refere que os estudos descritivos baseiam-se na descrição de dados e os estudos correlacionais têm por base a covariância e associação entre variáveis. Relativamente ao intervalo de tempo, o estudo é transversal, uma vez que a recolha de dados ocorreu num único momento, não havendo *follow-up a posteriori* das participantes.

As hipóteses de investigação são uma afirmação das relações esperadas entre variáveis com base numa teoria, e por isso, são a ponte entre o problema em estudo e os objetivos, uma vez que tentam prever os resultados esperados (Fortin, 2009). Assim foram formuladas as seguintes hipóteses:

- Hipótese nº 1 “Existe associação entre o nível de *stress* auto-relatado após um evento traumático ocorrido durante o parto e a presença de sintomas de PSPT”;
- Hipótese nº 2 “Existe diferença entre a paridade em relação à presença de sintomas de PSPT”;
- Hipótese nº 3 “Existem diferenças entre gravidezes planeadas/não planeadas em relação à presença de sintomas de PSPT”;

- Hipótese nº 4 “Existem diferenças entre mulheres que nos últimos cinco anos vivenciaram/não vivenciaram uma experiência significativamente negativa em relação à presença de sintomas de PSPT”;
- Hipótese nº 5 “Existem diferenças entre os vários tipos de parto planejados em relação à presença de sintomas de PSPT”;
- Hipótese nº 6 “Existem diferenças entre os vários tipos de eventos traumáticos experienciados durante o parto em relação à presença de sintomas de PSPT”.

As variáveis são qualidades ou características de objetos, indivíduos ou contextos a ser estudados. A investigação assenta na compreensão das alterações nas variáveis, bem como as suas causas (Fortin, 2009).

As variáveis quanto à sua manipulação podem ser designadas como variável dependente, quando esta sofre o efeito da variável independente, ou variável independente/experimental quando esta é o objeto de manipulação do investigador, ou seja, a causa para o efeito (Fortin, 2009).

Desta forma, uma vez que a literatura sustenta o estudo a desenvolver, o objetivo delineado para esta investigação passa por efetuar associações e relações entre as variáveis e o efeito das mesmas no fenómeno em estudo. Relativamente às variáveis presentes no estudo listam-se:

Variáveis dependentes: Sintomatologia de SPT (operacionalizada através do uso da escala City Birth Scale - CBTS). A escala CBTS é um questionário de autopreenchimento, desenvolvido por Ayers et al. (2018) com o objetivo de avaliar os sintomas de PSPT após o parto e inclui 29 itens. Estes têm correspondência com os critérios de diagnósticos postulados no DSM-5 (intrusão/sintomas de reexperiência, evitamento, alterações negativas da cognição e humor e hiperexcitação/reatividade) e também questões de avaliação de sintomas, tais como: a duração da sintomatologia, *distress* significativo e causas/critérios de exclusão. Destes itens, 22 apresentam-se numa escala do tipo Likert (em que 0 pontos = Nunca; 1 ponto = uma vez; 2 pontos = duas a quatro vezes; 3 pontos = 5 ou mais vezes). Esta escala contém duas subescalas, sendo que uma avalia sintomas gerais de PSPT (questões 13 a 22 inclusive) e outra avalia sintomas específicos de PSPT no pós-parto (questões 3 a 12 inclusive). Os scores totais variam entre 0 e 60, sendo que quanto maior o score, maior a sintomatologia presente (Ayers et al., 2018).

Variáveis independentes: *stress* autorelatado (através do uso de uma escala do tipo Likert em que 0 representa um evento não stressante e 5 um evento extremamente stressante), paridade, planeamento da gravidez, vivência de um evento significativamente negativo nos últimos cinco anos, tipo de parto e eventos traumáticos experienciados durante o parto (operacionalizados através de questões de escolha múltipla).

4.3. População e amostra

O processo de amostragem consiste na seleção de um grupo de indivíduos com o objetivo de recolher dados sobre o fenómeno a ser estudado. Os conceitos frequentemente usados neste processo são a população, a amostra, o plano de amostragem, a caracterização da população, a representatividade e o erro de amostragem (Fortin, 2009). A população-alvo representa o conjunto total de pessoas, que possuem características em comum (de acordo com os critérios definidos). Como nem sempre é possível estudar a população-alvo em toda a sua extensão, o investigador, com base no que pretende estudar, define um plano de amostragem, ou seja, define a sua amostra. A amostra é um subgrupo da população-alvo, isto é, um grupo de menor extensão representativo da mesma, ou seja, um conjunto de indivíduos que partilham as mesmas características que se pretendem estudar (Fortin, 2009).

Assim, no presente estudo, a população-alvo considerada são mulheres portuguesas, maiores de 18 anos que experienciaram pelo menos um parto. A amostra foi obtida através de uma técnica de amostragem não probabilística por redes, também conhecida por técnica metodológica *Snowball* (“Bola de Neve”). Este método de amostragem é utilizado em pesquisas sociais, e pressupõe que há uma ligação entre os membros da população pelas características e interesses que partilham, isto é, os membros da população são capazes de identificar outros membros da mesma (Dewes, 2013). A amostra consistirá no conjunto de pessoas acessíveis, passíveis de serem contactadas entre 5 de dezembro de 2021 e 31 de março de 2022.

Relativamente aos critérios de inclusão estes foram: o autorelato de um parto traumático por parte das mulheres, ter um recém-nascido vivo há pelo menos um mês após o nascimento, o período de tempo após o evento traumático do parto foi de 12 meses.

Em relação aos critérios de exclusão da amostra foram estipulados os seguintes: idade inferior a 18 anos, mulheres de nacionalidade não-portuguesa, mulheres incapazes de ler ou escrever na Língua Portuguesa, mulheres cujo recém-nascido faleceu um mês após o nascimento e mulheres que apresentavam restrições de saúde (como problemas cognitivos) para participar da pesquisa. Obteve-se uma amostra final de 192 participantes, após aplicação dos critérios de inclusão estabelecidos.

4.4. Estratégias de recolha de dados

O processo de recolha de informação é realizado de forma sistemática e recorrendo a instrumentos de colheita de dados. Nos estudos descritivos, tais como o presente estudo, a literatura sugere o uso de um método de recolha de informação estruturada como o questionário ou a entrevista semiestruturada/estruturas (Fortin, 2009). O estudo baseou-se no protocolo já usado no projeto major, que engloba uma escala já previamente validada para a realidade Portuguesa e cujo seu uso foi autorizado pelos autores, tais como a *City Birth Trauma Scale* (CBTS) (Ayers et al., 2018) (versão portuguesa).

A recolha de dados operacionalizou-se através de um questionário *online* através do programa *Google Forms* e divulgado o *link* através de redes sociais, e-mails a amigos, familiares e colegas de trabalho, que seguidamente partilharam com outros contactos conhecidos, formando assim uma amostra por redes em bola de neve. Foi escolhida esta estratégia uma vez que permite a resposta aos questionários à distância e porque à medida que são obtidas respostas, estas são adicionadas automaticamente a uma base de dados. O período de tempo estabelecido para o preenchimento do questionário foi entre 5 de dezembro de 2021 e 31 de março de 2022. O Questionário Sociodemográfico permite recolher informação sobre a população em estudo e caracterizar a mesma sob o ponto de vista sociodemográfico através de dados como idade, habilitações literárias completas, situação profissional, profissão, estado civil, número de filhos e rendimento anual familiar. O mesmo questionário permite adicionalmente descrever a amostra com base em características importantes para o tema em estudo como: patologias significativas, paridade, vigilância na gravidez, local de vigilância, tipo de parto e local do parto.

4.5. Tratamento e análise de dados

A análise de dados está intrinsecamente associada à natureza e objetivos da investigação. O presente estudo segue uma abordagem quantitativa pelo que foi escolhida a análise quantitativa de forma a operacionalizar, estabelecer relações entre variáveis e obter

resultados que se alinhem com este paradigma. Para efetuar o tratamento de dados conforme o projeto major, foi usado o programa estatístico SPSS 24 (*Statistical Package for Social Sciences*) e a apresentação dos mesmos foi realizada com recurso tabelas, com a respetiva análise descritiva e inferencial. Para a análise estatística foram usadas várias ferramentas estatísticas tais como: a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação de Pearson (r), o Teste-t student para amostras independentes (t) e o One-way ANOVA (F). Estas últimas, permitem perceber a relação entre variáveis e a diferença entre variáveis, respetivamente e consequentemente aceitar ou rejeitar as hipóteses de investigação acima formuladas. O Coeficiente de Correlação de Pearson é um teste não paramétrico que tem como função analisar a força de associação (positiva ou negativa) entre variáveis (Graça Martins, 2014). Assim, o valor do teste (r) dita a força e a direção da relação, que toma valores entre -1 e $+1$, que representam uma correlação perfeita negativa e uma correlação perfeita positiva, respetivamente. Quanto mais afastado o valor do teste (r) for de 0 , maior a correlação entre as variáveis. A significância estatística deste resultado, é determinada pelo valor de p , sendo que o resultado é estatisticamente significativo quando p é menor ou igual a $0,05$. 5% é o valor de segurança comumente aceite para a probabilidade de erro e o valor usado no presente estudo ($p < 0,05$) (Firmino, 2015). O Teste-t student para amostras independentes é um teste paramétrico que tem como objetivo comparar o modo como uma variável contínua evolui em dois grupos independentes. Se a distribuição resulta em valores superiores aos níveis de aceitação (como já mencionado $p < 0,05$), o investigador poderá rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese proposta (Fortin, 2009). O One-way ANOVA (F) é um teste paramétrico que traduz a diferença entre variáveis, nomeadamente diferença de médias. A escolha deste teste deveu-se a sua robustez em amostras normais. A análise do resultado pode ser efetuada segundo a variância dentro e entre grupos e à semelhança do Coeficiente de Correlação de Pearson, através do valor de p , em que $p < 0,05$, implica uma diferença de médias estatisticamente relevante. Para o uso de testes paramétricos é necessário garantir o cumprimento dos seguintes princípios: a variável dependente deve ser intervalar, a amostra em estudo deverá contar com mais de trinta participantes ($N > 30$) e a distribuição da variável dependente deverá ser normal. O Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov (KS) tem significância quando este é (p) igual ou menor a $0,05$ ($p \leq 0,05$). Para cada um dos testes foram respeitados os respectivos pressupostos. No caso da ANOVA, as respostas para cada nível de fator apresentaram uma distribuição populacional normal.

4.6. Dimensões éticas

Na investigação, a ética assume toda a qualidade dos procedimentos, desde a relevância do tema, realização da pesquisa, escolha da metodologia e instrumentos de colheita de dados, obtenção do consentimento voluntário e esclarecido, análise de resultados até à publicação e divulgação dos resultados. Desta forma, os aspetos éticos devem ser tidos em conta em todas as etapas do processo de investigação (Nunes, 2020). O *International Council of Nurses* (ICN) lançou um parecer sobre os enfermeiros e os direitos humanos, bem como a relação entre estas duas entidades. Este enunciado assenta na premissa de que os enfermeiros devem assegurar o respeito pelos direitos humanos em todos os contextos da sua prática, o que passa pela prestação de cuidados, gestão de recursos disponíveis e consentimento informado sobre a realização de procedimentos ou participação em estudos de investigação. O ICN focou as suas diretrizes no apoio aos grupos vulneráveis (crianças, idosos, pessoas em estado comatoso etc.), citando que a vulnerabilidade é tanto maior quanto menor a sua participação nas suas decisões (Nunes, 2020). As orientações emanadas enfocam ainda seis princípios éticos orientadores para a investigação em enfermagem:

- Princípio da beneficência - em termos gerais significa fazer o bem pelo participante e pela sociedade (Nunes, 2020). O presente estudo tem igualmente como objetivo estudar a saúde mental e psiquiátrica. Os resultados do estudo poderão ser importantes no futuro porque, uma vez aumentando conhecimento nesta área de enfermagem, este poderá ser útil na definição de intervenções que dão resposta a esta problemática, podendo vir a ajudar mais mulheres na mesma situação;
- Avaliação da maleficência - associada ao princípio orientador da Declaração de Helsínquia (1964) o princípio da não-maleficência - engloba o não causar dano ao participante e contempla uma avaliação prévia e rigorosa dos riscos associados à investigação, eliminando os que são desnecessários, e o possível prejuízo associado (Nunes, 2020). Neste estudo não se previram danos prováveis associados ao preenchimento do questionário (Nunes, 2020);
- Veracidade - em termos latos, significa dizer a verdade, ou seja, informar os riscos e benefícios de um estudo/procedimento. Este princípio está relacionado com o consentimento livre e esclarecido, no qual o participante deve estar munido de toda a informação sobre o estudo (a sua natureza, o fim e duração do estudo e os métodos usados) (Nunes, 2020);

- Confidencialidade - o princípio de respeitar a informação de índole pessoal que possa ser renvida no estudo, relativo ao direito que o participante tem à sua intimidade. Isto engloba o direito que o participante tem em não querer responder a algumas questões, bem como decidir a extensão daquilo que quer partilhar. Embora a confidencialidade difira do anonimato, o participante também tem direito ao mesmo, ou seja, tem direito à proteção da sua identidade e não somente à confidencialidade dos dados que partilhou. Os dados deverão ser apenas publicados, mediante o consentimento do participante. Estes dois direitos do participante, estão francamente correlacionados com o direito/referencial ético da autonomia preconizado na Declaração de Helsínquia como o direito à autodeterminação. Este direito tem por base o respeito pela autonomia de decisão livre (isenta de coação) do participante em decidir o seu destino, o que pode passar pelo direito a negar-se em participar em qualquer momento do estudo (Nunes, 2020). No estudo, o preenchimento do questionário teve um carácter voluntário e anónimo.

O presente estudo faz parte de um projeto de investigação mãe de maior escala, denominado de DEVOTION - *Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma*, com unidade de acolhimento designada ao Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) / Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e coordenado pelo Professor Doutor Wilson Abreu. A autorização de utilização do instrumento de recolha de informação já se encontrava previamente validado para a população portuguesa e os consentimentos dos autores dos instrumentos já tinham sido obtidos pelo grupo de investigação deste projeto major. Adicionalmente foi obtido um parecer positivo sobre a realização do estudo pela comissão de ética da ESEP. Após ter sido obtida a autorização, foi aplicado e divulgado o questionário usado, o qual continha na folha de rosto o preenchimento do consentimento livre e esclarecido de aceitação de participação no estudo, de preenchimento obrigatório. Durante todo o processo de investigação foram respeitados todos os princípios éticos acima mencionados.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

O presente capítulo foca-se na apresentação dos resultados obtidos através do preenchimento de 192 questionários. Numa fase inicial será exposta a análise descritiva dos dados sociodemográficos como forma de caracterizar a amostra e também as respostas ao instrumento aplicado. Seguidamente será apresentada a análise estatística dos dados, tendo por base as relações entre variáveis, as hipóteses propostas e os objetivos do estudo. A apresentação dos dados e estatística serão expostos sob a forma de gráficos e tabelas extraídas através do programa SPSS, para facilitar a leitura e análise dos mesmos.

Resultados descritivos sobre a caracterização sócio-demográfica

A amostra em estudo constituiu-se por 192 mulheres, cujas idades variaram entre 23 e 46 anos, sendo a média de idade 33 anos (DP=4,613), como representado na Tabela 3.

Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica - idade

N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
192	23	46	33,83	4,613

Relativamente ao estado civil como se pode observar na Tabela 4, a maioria da amostra era casada 108 (56,3%), em seguida seguiram-se as mulheres em união de facto 70 (36,5%), sendo a minoria das mulheres solteiras e divorciadas 10 (5,2%) e 4 (2,1%) respetivamente.

Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica - estado civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Solteira	10	5,2	5,2	5,2
Casada	108	56,3	56,3	61,5
União de Facto	70	36,5	36,5	97,9
Divorciada	4	2,1	2,1	100,0
Total	192	100,0	100,0	

No que toca à situação profissional a maioria das mulheres encontrava-se empregada (N= 164; 85,4%) e apenas 28 mulheres se encontravam desempregadas correspondendo a 14,6% da amostra, como exibido na Tabela 5.

Tabela 5 - Caracterização Sociodemográfica - situação profissional

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Empregada	164	85,4	85,4	85,4
Desempregada	28	14,6	14,6	100,0
Total	192	100,0	100,0	

A amostra possui um total de 73 profissões, sendo que a maioria trabalha na área da saúde (N=70; 36,5%) (enfermeiras, médicas, psicólogas, auxiliares de ação médica, fisioterapeutas). As enfermeiras são as que apresentam maior frequência (N= 47; 24,5%), seguida das psicólogas (N= 8; 4,2%), das farmacêutas (N= 5; 2,6%), fisioterapeutas (N= 3; 1,6%), auxiliares de ação médica (N= 3; 1,6%) e médicas (N= 3; 1,6%).

Excluindo os profissionais de saúde, as profissões mais representadas foram: empregada de balcão (N= 7; 3,6%), administrativa (N= 6; 3,1%), professora (N= 6; 3,1%); operadora de loja (N= 5; 2,6%), docente de ensino superior (N=4; 2,1%), empresária (N=4; 2,1%), esteticista (N=4; 2,1%), assistente social (N= 3; 1,6%), cabeleireira (N= 3; 1,6%), engenheira (N= 3; 1,6%) e vendedora (N= 3; 1,6%). As restantes profissões estão dispersas por várias áreas e apresentam frequências iguais ou inferiores a 2, como se pode constatar na Tabela 6.

Tabela 6 - Caracterização Sociodemográfica - profissões

Profissão	Frequency	Percentage	Profissão	Frequency	Percentage
Enfermeira	47	24,5%	Bombeira	1	0,5%
Psicóloga	8	4,2%	Contabilista	1	0,5%
Empregada de Balcão	7	3,6%	Designer	1	0,5%
Administrativa	6	3,1%	Diplomata	1	0,5%
Professora	6	3,1%	Educadora de Infância	1	0,5%
Desempregada	5	2,6%	Educadora Social	1	0,5%
Farmacêuta	5		Atenção ao Cliente	1	0,5%
Operadora de Loja	5	2,6%	Controller	1	0,5%
Docente de Ensino Superior	4	2,1%	Empregada de Limpeza	1	0,5%
Empresária	4	2,1%	Enfermeira Veterinária	1	0,5%
Esteticista	4	2,1%	Farmacovigilância e Assuntos Regulamentares	1	0,5%
Auxiliar de Ação Médica	3	1,6%	Formadora	1	0,5%
Assistente Social	3	1,6%	Gestora de Ciência e Tecnologia	1	0,5%
Cabeleireira	3	1,6%	Gestora de Empresa	1	0,5%
Engenheira	3	1,6%	Gestora de Loja	1	0,5%
Fisioterapeuta	3	1,6%	Gestora de Propriedades	1	0,5%
Médica	3	1,6%	Governanta	1	0,5%
Vendedora	3	1,6%	Investigadora	1	0,5%
Arquiteta	2	1,0%	Marketeer	1	0,5%
Assistente Técnica	2	1,0%	Médica Veterinária	1	0,5%
Escriturária	2	1,0%	Gestora de Operações	1	0,5%
Explicadora	2	1,0%	Gabinete de Apoio à Presidência	1	0,5%

			Municipal		
Gestora	2		Psicóloga e Enfermeira	1	0,5%
Optometrista	2	1,0%	Pasteleira	1	0,5%
Professora de Dança	2	1,0%	Psicomotricista	1	0,5%
Repositora	2	1,0%	Recepcionista	1	0,5%
Técnico Superior de Qualidade	2	1,0%	Restauração	1	0,5%
Socia-Gerente	2	1,0%	Programador de Software	1	0,5%
Técnica Superior	2	1,0%	Supervisora de Hotel	1	0,5%
Técnica de Tráfego Aéreo	2	1,0%	Talhante	1	0,5%
Topografa	2	1,0%	Saúde e Bem Estar	1	0,5%
Técnico de Contabilidade	2	1,0%	Técnica de Tratamento de Águas	1	0,5%
Técnico Superior de Segurança no Trabalho	2	1,0%	Técnica de Segurança no Trabalho	1	0,5%
Agente Imobiliária	1	0,5%	Técnico de Farmácia	1	0,5%
Artesã	1	0,5%	Treinadora de cães	1	0,5%
Assistente de Bordo	1	0,5%	Técnica Superior de Educação Especial	1	0,5%
Bancária	1	0,5%			

Relativamente às habilitações literárias, cerca de 80,2% (N=154) das mulheres completou algum grau académico do ensino superior, tendo habilitações como bacharelato, licenciatura, mestrado e ou doutoramento, seguidas de 17,2% (N=33) que completaram o ensino secundário e com apenas 2,6% (N=5) das mulheres que completaram o ensino básico, conforme ilustrado na Tabela 7.

Tabela 7 - Caracterização Sociodemográfica - habilitações literárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Completo Escolaridade Básica	5	2,6	2,6	2,6
Completo Ensino Secundário	33	17,2	17,2	19,8
Completo Bacharelato ou mais	154	80,2	80,2	100,0
Total	192	100,0	100,0	

No que concerne ao rendimento anual familiar, 43,2% (N=83) da amostra apresenta um rendimento entre 10.000 e 20.000€, seguidas de 35,4% (N=68) com valores entre 20.001 e 37.500€. Com rendimentos entre 37.501 e 70.000€ encontra-se 11,5% (N=22) da amostra, sendo que a restante amostra 5,2% (N=10) e 4,7% (N=9), correspondem a rendimentos inferiores a 10.000€ e superiores a 70.000€, respetivamente. Esta informação pode ser consultada abaixo na Tabela 8.

Tabela 8 - Caracterização Sociodemográfica - rendimento anual familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
< 10.000€	10	5,2	5,2	5,2
10.000 € - 20.000€	83	43,2	43,2	48,4
20.001€ - 37.500€	68	35,4	35,4	83,9
37.501€ - 70.000€	22	11,5	11,5	95,3
> 70.000€	9	4,7	4,7	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Em relação ao número de filhos, 64,6% (N=124) das mulheres tem apenas um filho, seguidas das que tiveram dois filhos (27,1 %; N=52), das que tiveram três filhos (4,7%; N=9) e das que não têm nenhum filho (3,6%; N=7), como indicado na Tabela 9.

Tabela 9 - Número de Filhos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sem Filhos	7	3,6	3,6	3,6
Um Filho	124	64,6	64,6	68,2
Dois Filhos	52	27,1	27,1	95,3
Três Filhos	9	4,7	4,7	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Resultados descritivos sobre os antecedentes das mulheres

A paridade (o número de partos) foi outro elemento avaliado, sendo 66,7% (N=128) das mulheres primíparas e 33,3% (N= 64) múltiparas, conforme a Tabela 10.

Tabela 10 - Paridade

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Primípara	128	66,7	66,7	66,7
Múltipara	64	33,3	33,3	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Relativamente a doenças consideradas significativas, a maioria da amostra refere não ter apresentado nenhuma (83,9%; N=161), enquanto o foro de doenças mais mencionadas foram as endócrinas (diabetes) (4,2%; N=8), as cardiovasculares (4,2%; N=8) e as gastrointestinais (2,6%; N=5). As restantes patologias mencionadas apresentam frequências iguais ou menores que dois, conforme é possível observar na Tabela 11.

Tabela 11 - Doenças significativas na mulher

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não significativa	161	83,9	83,9	83,9
Endócrina - Diabetes	8	4,2	4,2	88,0
Respiratória	2	1,0	1,0	89,1
Gastrointestinal	5	2,6	2,6	91,7
Imunológica	2	1,0	1,0	92,7
Infeciosa	1	0,5	0,5	93,2
Doença Articular	2	1,0	1,0	94,3
Cardiovascular	8	4,2	4,2	98,4
Doença Mental	1	0,5	0,5	99,0
Ginecológica -Endometriose	2	1,0	1,0	100,0
Total	192	100,0	100,0	

No que concerne a eventos significativamente negativos ocorridos nos últimos cinco anos (ex. doença, perda de alguém significativo, desemprego, acidente, etc.) a amostra encontra-se dividida quase igualmente entre as que relataram a experiência de um evento como os descritos (50,5%; N= 97) e as que não o vivenciaram (49,5%; N=95). Estes dados encontram-se na Tabela 12 abaixo descrita.

Tabela 12 - Referência a eventos negativos nos últimos cinco anos.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	97	50,5	50,5	50,5
Não	95	49,5	49,5	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Resultados descritivos sobre a gravidez

Em relação ao planejamento da gravidez mais recente, 78,1% (N= 150) das mulheres relataram que a gravidez foi planejada, enquanto 21,9% (N=42) referem que a gravidez foi não-planeada, conforme abaixo descrito na Tabela 13.

Tabela 13 - Planejamento da gravidez mais recente

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Planeada	150	78,1	78,1	78,1
Não Planeada	42	21,9	21,9	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Relativamente à vigilância durante a gravidez 100% (N=192) das mulheres referem ter tido uma gravidez vigiada conforme a Tabela 14, e 19,3% (N=37) foram acompanhadas em regime de Hospital/Maternidade. À semelhança destas, 19,3% (N=37) tiveram uma vigilância em Hospital/Maternidade e Centro de Saúde/USF; seguidas de 18,2% (N=35) em Hospital/Maternidade, Centro de Saúde/USF e Privado; 17,2% (N=33) em Centro de

Saúde/USF e Privado; 10,9% (N=21) com gravidez vigiada somente em regime privado; 9,9% (N=19) acompanhadas apenas em Centro de Saúde/USF e por fim 5,2% das inquiridas (N=10) tiveram uma vigilância da gravidez em Hospital/Maternidade e Privado. A vigilância da gravidez ao longo da amostra encontra-se descrita na Tabela 15.

Tabela 14 - Vigilância da gravidez

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	192	100,0	100,0	100,0
Não	0	100,0	100,0	100,0

Tabela 15 - Local de vigilância da gravidez

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Centro de Saúde / USF	19	9,9	9,9	9,9
Centro de Saúde / USF e Privado	33	17,2	17,2	27,1
Hospital / Maternidade	37	19,3	19,3	46,4
Hospital / Maternidade e Centro de Saúde / USF	37	19,3	19,3	65,6
Hospital / Maternidade, Centro de Saúde / USF e Privado	35	18,2	18,2	83,9
Hospital / Maternidade e Privado	10	5,2	5,2	89,1
Privado	21	10,9	10,9	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Resultados descritivos sobre o parto

No que concerne ao local do parto 99,5% (N=191) da amostra realizou o parto num Hospital/Maternidade, sendo que apenas 0,5% (N=1) refere ter tido o parto em outro local, conforme a Tabela 16.

Em relação ao planeamento do parto, 70,8% (N=136) das inquiridas referem que o parto não correu como planeado, contrastando com 29,2% (N=56) que referem que o parto ocorreu conforme planeado, como é possível evidenciar na Tabela 17.

Tabela 16 - Local do parto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Hospital / Maternidade	191	99,5	99,5	99,5
Outro	1	0,5	0,5	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Tabela 17 - Planeamento do parto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	56	29,2	29,2	29,2
Não	136	70,8	70,8	100,0
Total	192	100,0	100,0	

No que diz respeito ao tipo de parto, a amostra encontra-se dispersa em duas categorias: o parto vaginal versus o parto por cesariana. Relativamente ao parto vaginal 32,3% (N=62) teve um parto vaginal instrumentado, 20,3% (N=39) teve um parto vaginal com uso de analgesia epidural e por fim 10,9% (N=21) teve um parto vaginal normal (sem anestesia ou instrumentação). A cesariana não planeada com uso de analgesia epidural correspondeu a 17,2% (N=33) da amostra, seguida da cesariana não planeada com uso de anestesia geral 11,5% (N=22) e por último a cesariana planeada com uma representação de 7,8% (N=15). Estes dados encontram-se abaixo indicados na Tabela 18.

Tabela 18 - Tipo de parto

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Vaginal (Normal)	21	10,9	10,9	10,9
Vaginal (com Analgesia Epidural)	39	20,3	20,3	31,3
Vaginal (Com Fórceps/Ventosa)	62	32,3	32,3	63,5
Cesariana (Planeada)	15	7,8	7,8	71,4
Cesariana (Não Planeada, com Analgesia Epidural)	33	17,2	17,2	88,5
Cesariana (Não Planeada, com Anestesia Geral)	22	11,5	11,5	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Relativamente aos eventos traumáticos experienciados 28,1% (N=54) das mulheres relatam o trauma perineal como um acontecimento traumático e 20,8% (N=40) mencionam a mudança inesperada do tipo de parto. O impedimento da presença do acompanhante durante o parto foi considerado como traumático para 20,3% (N=39) da amostra. De notar que aquando da realização da recolha de dados, ainda vigoravam nos

hospitais/maternidades restrições específicas de controlo de infeção para a pandemia de SARS-CoV-2, que incluíam limitações quanto à presença de um acompanhante durante o parto. Outros eventos traumáticos relatados pelas mulheres em estudo são o uso de fórceps (14,1%; N=27), falta de controlo de dor durante o parto (10,4%; N=20), falta de privacidade durante o parto (1%, N=2) e local de parto não desejado (0,5%; N=1). Apenas 4,7% (N=9) das mulheres não relata qualquer evento traumático durante o parto, conforme explicito na Tabela 19.

Tabela 19 - Eventos traumáticos experienciados durante o parto.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não Menciona	9	4,7	4,7	4,7
Trauma Perineal	54	28,1	28,1	32,8
Uso de Fórceps	27	14,1	14,1	46,9
Mudança Inesperada de Tipo de Parto	40	20,8	20,8	67,7
Local de Parto Não Desejado	1	0,5	0,5	68,2
Impedimento da Presença do Acompanhante	39	20,3	20,3	88,5
Falta de Privacidade Durante o Parto	2	1,0	1,0	89,6
Falta de Controlo de Dor Durante o Parto	20	10,4	10,4	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Resultados descritivos sobre o pós-parto

No que diz respeito à avaliação do nível de *stress* sentido no momento após o evento traumático ocorrido durante o parto acima mencionado, esta foi realizada através de uma escala do tipo Likert de autopreenchimento, em que 0 representa um evento não stressante e 5 um evento extremamente stressante. A maioria da amostra referiu que o evento traumático foi extremamente stressante 69,3% (N=133), muito stressante 14,1% (N=27), stressante 3,1% (N=6). Apenas 6.8% (N=13) referiu que o acontecimento foi pouco stressante e de igual forma 6.8% (N=13) considerou o evento não stressante, conforme explanado na Tabela 20.

Tabela 20 - Nível de stress percebido após o acontecimento traumático ocorrido durante o parto.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não <i>Stressante</i> (1)	13	6,8	6,8	6,8
Pouco <i>Stressante</i> (2)	13	6,8	6,8	13,5
<i>Stressante</i> (3)	6	3,1	3,1	16,7
Muito <i>Stressante</i> (4)	27	14,1	14,1	30,7
Extremamente <i>Stressante</i> (5)	133	69,3	69,3	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Em relação ao *stress* indicado foi questionado quanto tempo após o parto os sintomas de *stress* perduraram. Face a esta questão 57,8% (N=111), relata que os sintomas duraram por mais de três meses, sendo que 16,7% (N=32) refere duração de um a três meses e 25,5% (N=49) afirma que a sintomatologia persistiu apenas durante menos de um mês, conforme a Tabela 21.

Tabela 21 - Tempo que perdurou o nível de stress sentido durante o parto.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Menos de um mês	49	25,5	25,5	25,5
Entre um mês e três meses	32	16,7	16,7	42,2
Mais de três meses	111	57,8	57,8	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Foi igualmente avaliado se durante o período de duração dos sintomas de *stress*, as mulheres deixaram de fazer atividades habituais do dia-a-dia. A maioria das mulheres 45,3% (N=87) respondeu que sim, seguidas de 30,2% (N=58) que relatou que às vezes e por fim apenas 24,5% (N=47) referiram não ter deixado de fazer as suas atividades usuais do quotidiano, tal como ilustrado na Tabela 22.

Tabela 22 - Realização de atividades do quotidiano durante o tempo em que perduraram os sintomas.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	87	45,3	45,3	45,3
Às vezes	58	30,2	30,2	75,5
Não	47	24,5	24,5	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Relativamente ao acompanhamento profissional para ultrapassar o *stress* sentido, a maioria da amostra 69,3% (N=133) refere não ter tido qualquer apoio de profissionais de

saúde. Em contrapartida 14,1% (N=27) refere ter tido acompanhamento e 16,7% (N=32) respondeu que por vezes teve apoio profissional, como visto na Tabela 23.

Tabela 23 - *Perceção do apoio dos profissionais de saúde durante o período em que perduraram os sintomas.*

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sim	27	14,1	14,1	14,1
Às vezes	32	16,7	16,7	30,7
Não	133	69,3	69,3	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Resultados descritivos sobre os sintomas de PSPT - CBTS

Como já mencionado, a escala CBTS é um questionário de autopreenchimento, com 29 itens e permite avaliar a presença de sintomas de *stress* pós-traumático no período do pós-parto. A escala foi criada tendo por base os critérios de diagnóstico do DSM-5, e por isso certas questões da escala avaliam alguns dos sintomas associados à PSPT, tais como intrusão/sintomas de reexperiência (questões 3,4,5,6,7), evitamento (questões 8, 9), alterações negativas na cognição e humor (questões 10,11,12,13,14,15,16) e hiperexcitação/reatividade (questões 17,18,19,20,21,22). Como o score total (0 a 60 pontos), assim como o score das subescalas do tipo de sintomas, não apresentam nenhum ponto de corte orientador acerca do grau de severidade da PSPT, apenas é possível afirmar que quanto maior o score maior a presença de sintomas. Contudo existem critérios de diagnósticos do DSM-5 para efetivar o diagnóstico de PSPT, que estão relacionados com questões da escala CBTS:

- Critério A do DSM-5/ Experiência de um evento traumático - Mulheres que cumpram o critério A do DSM-5, ou seja, se respondem sim à questão 1 ou 2;
- Critério B do DSM-5/Sintomas de intrusão/reexperiência (em pelo menos uma questão) - Mulheres que têm o score de 1 ou mais em qualquer questão de 3 a 7 inclusive;
- Critério C do DSM-5/Sintomas de evitamento (em pelo menos uma questão) - Mulheres que têm o score de 1 ou mais da questão 8 ou 9;
- Critério D do DSM-5/Sintomas de alterações negativas na cognição e humor (em pelo menos duas questões) - Mulheres que têm o score de 1 ou mais em qualquer questão da 10 a 16 inclusive;
- Critério E do DSM-5/Sintomas de hiperexcitação/reatividade (em pelo menos duas questões) - Mulheres que têm o score de 1 ou mais em qualquer questão da 17 a 22 inclusive;
- Critério F do DSM-5/Duração dos sintomas - Mulheres que têm o score de 1 ou mais na questão 26;

- Critério G do DSM-5/*Distress* e prejuízo/dano emocional - Mulheres que têm o score de 1 ou mais nas questões 27 ou 28;
- Critério H do DSM-5/ Critério de Exclusão - Mulheres que têm o score de 1 ou mais na questão 29.

Existem algumas questões que associadas aos critérios de diagnósticos supracitados, fornecem informação adicional sobre o tipo de PSPT, nomeadamente sobre o seu início e outros sintomas. As questões 23 e 24 medem sintomas dissociativos de PSPT, ou seja, uma mulher que tenha score de pelo menos 1 ponto numa das questões e critérios de diagnóstico presente, irá ser diagnosticada com PSPT com sintomas dissociativos. Um score de 2 na questão 25 e a presença dos critérios de diagnóstico, indicam um início tardio de PSPT. Por outro lado, um score de 0 na mesma questão e conjuntamente com os critérios de diagnóstico, revela um PSPT anterior ao parto, ou seja, representa a prevalência de PSPT, mas não uma nova incidência devido ao parto (Ayers et al., 2018).

Assim, a amostra apresenta, em média, sintomas positivos em cada uma das subescalas mencionadas, ultrapassando em mais de metade o score máximo possível para cada uma delas. A maioria das mulheres 59,9% (N=115), apresenta PSPT e apenas 40,1% (N=77) não apresenta critérios para o diagnóstico de PSPT. Estes dados podem ser consultados na Tabela 24 e Tabela 25.

Tabela 24 - Sintomas de PSPT (CBTS).

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
CBTS Sintomas de PSPT - Intrusão / Reexperiência	192	0	15	9,68	5,03
CBTS Sintomas de PSPT - Evitamento	192	0	6	3,32	2,46
CBTS Sintomas de PSPT - Alterações Negativas da Cognição / Humor	192	0	21	12,34	7,01
CBTS Sintomas de PSPT - Hiperexcitação / Reatividade	192	0	18	10,52	5,87
CBTS Sintomas de PSPT - Total	192	0	60	35,85	18,86

Tabela 25 - Presença de PSPT (CBTS).

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não (PSPT)	77	40,1	40,1	40,1
Sim (PSPT)	115	59,9	59,9	100,0
Total	192	100,0	100,0	

Resultados da análise inferencial de dados sobre os sintomas de perturbação de *stress* pós-traumático

Hipótese nº1 “Existe associação entre o nível de *stress* auto-relatado após um evento traumático ocorrido durante o parto e a presença de sintomas de PSPT”

De acordo com os dados resultantes da aplicação da versão portuguesa do instrumento CBTS e comparando com a questão de avaliação do nível de *stress* (auto-relatado) sentido no momento após o evento traumático ocorrido durante o parto, foram obtidos os resultados através do teste de correlação de Pearson, explícitos na Tabela 26.

Tabela 26 - Correlação de Pearson entre o nível de *stress* percecionado após o acontecimento traumático ocorrido durante o parto e o score total da CBTS.

		Nível de <i>stress</i> percecionado após o acontecimento traumático ocorrido durante o parto	CBTS - Sintomas de PSPT Total
Nível de <i>stress</i> percecionado após o acontecimento traumático ocorrido durante o parto	Pearson Correlation	1	,729**
	Sig. (2-tailed)		<,001
	N	192	192
CBTS - Sintomas de PSPT Total	Pearson Correlation	,729**	1
	Sig. (2-tailed)	<,001	
	N	192	192
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).			

Com é possível observar o resultado do coeficiente de Pearson corresponde a: ($r=0,729$; $N=192$; $p=0.001$). Assim, num universo total de 192 mulheres ($N=192$), obteve-se uma correlação de $r= 0,729$ (em que r traduz a força e natureza da relação) que em termos interpretativos corresponde a uma correlação fortemente positiva e estatisticamente significativa, uma vez que o valor de p (ou sig.) é inferior a 0,05, no caso concreto $p < 0,001$.

Desta forma, face ao valor do coeficiente e ao p apresentado, é possível aceitar a hipótese apresentada e rejeitar a hipótese nula. Assim, é possível afirmar que existe uma correlação fortemente positiva e estatisticamente significativa entre o nível de *stress* que a mulher relata sobre o evento traumático ocorrido durante o parto e a presença de sintomas de PSPT.

Hipótese nº 2 “Existe diferença entre a paridade em relação à presença de sintomas de PSPT”

Esta hipótese foi testada comparando o score total da aplicação da versão portuguesa do CBTS e a paridade. Os resultados foram obtidos através da aplicação Teste-t Student para amostras independentes, descritos na Tabela 27 e Tabela 28.

Tabela 27 - Análise descritiva da relação entre a paridade e a presença de sintomas de PSPT.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Primípara	128,000	36,656	18,007	1,592
Múltipara	64,000	34,250	20,510	2,564

Tabela 28 - Teste-t Student para amostras independentes sobre a relação entre a paridade e a presença de sintomas de PSPT.

Mean Difference	Std. Error Mean	t	Df	Sig. (2-tailed)
2,406	2,889	,833	190,000	,406

Através da análise descritiva presente na **Tabela 27**, pode-se constatar que em média as primíparas (N=128) apresentaram um score de PSPT de acordo com a escala de CBTS mais elevado ($\bar{x}$ =36,656; DP=18,007), quando comparadas com as mulheres múltiparas (N=64; $\bar{x}$ =34,250; DP=20,510). Para compreender se a diferença de médias era estatisticamente significativa, procedeu-se à análise inferencial dos dados através do Teste-t Student para amostras independentes.

Com é possível observar o resultado do Teste-t corresponde a: $t(190) = 0,833$; $p = 0,406$. Assim, o Teste-t apresenta um resultado de $t = 0,833$, com graus de liberdade de 190, contudo o valor de p (sig.) é de 0,406, ou seja, não é inferior a 0,05.

Portanto face ao valor de p apresentado, não é possível rejeitar a hipótese nula, pelo que, não podemos estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre a paridade e a presença de sintomas de PSPT.

Hipótese nº 3 “Existem diferenças entre gravidezes planeadas/não planeadas em relação à presença de sintomas de PSPT”

Esta hipótese foi testada comparando o score total da aplicação da versão portuguesa do CBTS e os dados sobre o planeamento da gravidez. À semelhança da hipótese anterior foi usado o Teste-t Student para amostras independentes. Os resultados encontram-se apresentados na Tabela 29 e Tabela 30.

Tabela 29 - Análise descritiva da relação entre o planeamento da gravidez e a presença de sintomas de PSPT.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Planeada	150,000	35,593	18,703	1,527
Não Planeada	42,000	36,786	19,607	3,025

Tabela 30 - Teste-t Student para amostras independentes sobre a relação entre o planeamento da gravidez e a presença de sintomas de PSPT.

Mean Difference	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
-1,192	3,300	-,361	190,000	,718

A partir da análise descritiva é possível observar que as mulheres com gravidezes planeadas (N=150) obtiveram valores médios de PSPT menores ($\bar{x}$ =35,593; DP=18,703), quando comparadas com as mulheres cujas gravidezes não foram planeadas (N=42; $\bar{x}$ =36,786, DP=19,607). Após a análise inferencial dos dados através do Teste-t Student para amostras independentes, o resultado do Teste-t é $t(190) = -0,361$; $p=0,718$. Assim, com um $t=-0,361$, com graus de liberdade de 190 e um p (sig.) de 0,718. Assim, pode-se concluir que não é possível rejeitar a hipótese nula uma vez que o valor de p é maior que 0,05, pelo que não é possível estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre o planeamento de gravidez e a presença de sintomas de PSPT.

Hipótese nº 4 “Existem diferenças entre mulheres que nos últimos cinco anos vivenciaram/não vivenciaram uma experiência significativamente negativa em relação à presença de sintomas de PSPT”

De acordo com os dados resultantes da aplicação da versão portuguesa do instrumento CBTS e comparando com a questão: “Nos últimos 5 anos, ocorreu na sua vida algum acontecimento significativamente negativo (por exemplo: doença, perda de alguém significativo, desemprego, acidente, etc.)”, foram obtidos os resultados através do Teste-t Student para amostras independentes, conforme a Tabela 31 e Tabela 32.

Tabela 31 - Análise descritiva sobre as mulheres que nos últimos cinco anos vivenciaram/não vivenciaram uma experiência significativamente negativa e a presença de sintomas de PSPT.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Vivenciaram	97,000	35,443	19,898	2,020
Não vivenciaram	95,000	36,274	17,831	1,829

Tabela 32 - Teste-t Student para amostras independentes sobre a relação entre as mulheres que nos últimos cinco anos vivenciaram/não vivenciaram um acontecimento significativamente negativa e a presença de sintomas de PSPT.

Mean Difference	Std. Error Mean	t	df	Sig. (2-tailed)
-,830	2,729	-,304	190,000	,761

Através da análise descritiva presente na **Tabela 31**, pode-se constatar que em média as mulheres que vivenciaram um acontecimento significativamente negativo (N=97) apresentaram um score de PSPT de acordo com a escala de CBTS menor ($\bar{x}$ =35,443; DP=19,898), quando comparadas com as que não vivenciaram esse tipo de evento (N=95; $\bar{x}$ =36,274; DP=17,831). Para compreender se a diferença de médias era estatisticamente significativa, procedeu-se à análise inferencial dos dados através do Teste-t Student para amostras independentes.

Com é possível observar o resultado do Teste-t corresponde a: $t(190) = -0,304$; $p = 0,761$. Assim, o Teste-t apresenta um resultado de $t = -0,304$, com graus de liberdade de 190, contudo o valor de p (sig.) é de 0,761, ou seja, não é inferior a 0,05.

Assim perante o valor de p apresentado, não é possível rejeitar a hipótese nula, pelo que, não podemos estabelecer uma relação estatisticamente significativa entre a vivência de um acontecimento significativamente negativo ocorrido nos últimos cinco anos e a presença de sintomas de PSPT.

Hipótese nº 5 “Existem diferenças entre os vários tipos de parto em relação à presença de sintomas de PSPT”

Esta hipótese foi testada comparando o score total da aplicação da versão portuguesa do CBTS e os vários tipos de parto. Os resultados foram obtidos através da aplicação do teste ANOVA para amostras independentes descritos nas Tabela 33 e Tabela 34.

Tabela 33 - Análise descrita da relação entre os vários de tipo de parto e a presença de sintomas de PSPT.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Vaginal (Normal)	21	31,7143	21,58505	4,71024	21,8889	41,5397
Vaginal (com Analgesia Epidural)	39	27,6667	21,74655	3,48223	20,6173	34,7161
Vaginal (Com Fórceps/Ventosa)	62	37,8710	17,78790	2,25907	33,3537	42,3882
Cesariana (Planeada)	15	36,0000	17,89653	4,62086	26,0892	45,9108
Cesariana (Não com Planeada, Analgesia Epidural)	33	41,3636	14,96834	2,60565	36,0561	46,6712
Cesariana (Não com Planeada, com Anestesia Geral)	22	40,2727	15,47404	3,29908	33,4119	47,1335
Total	192	35,8542	18,85879	1,36102	33,1696	38,5387

Tabela 34 - Teste ANOVA para amostras independentes sobre a relação entre os vários tipos de parto e a presença de sintomas de PSPT.

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4657,997	5	931,599	2,739	,021
Within Groups	63271,920	186	340,172		
Total	67929,917	191			

Através da análise descritiva, pode-se constatar que, em média, as mulheres com um parto vaginal com analgesia epidural (N=39; $\bar{x}$ =27,6667; DP=21,74655) apresentaram menos sintomas de PSPT, seguidas das que tiveram parto vaginal normal (N=21; $\bar{x}$ =31,7143; DP=21,58505), parto por cesariana planeada (N=15; $\bar{x}$ =36,0000; DP=17,89653), vaginal com recurso a instrumentação (N=62; $\bar{x}$ =37,8710; DP=17,78790) e por fim o parto por cesariana não planeada com anestesia geral (N=22; $\bar{x}$ =40,2727; DP=15,47404). O tipo de parto mais expressivo em termos de sintomas de PSPT foi a cesariana não planeada com analgesia epidural (N=33; $\bar{x}$ =41,3636; DP=14,96834). Após ter sido evidenciado uma diferença de médias, procedeu-se a realização do teste ANOVA para amostras independentes, para verificar se estas diferenças eram estatisticamente significativas. Como é possível observar na Tabela 34, o resultado do ANOVA corresponde a: $F(5;186) = 2,739$; $p = 0,021$. Assim perante um valor de p inferior a 0,05, podemos afirmar que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas, ou seja, existe diferença entre os vários tipos de parto em relação aos níveis de PSPT. Deste modo, podemos rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese proposta. Com o intuito de perceber aonde se encontravam as diferenças, procedeu-se a um teste Post-Hoc (Teste de Tukey), observável na Tabela 35. As diferenças encontravam-se somente entre o parto vaginal com analgesia epidural e a cesariana não planeada com analgesia epidural; o valor de p (sig.) resultante da comparação foi de 0,024 e, portanto, estatisticamente significativo.

Tabela 35 - Teste Post-Hoc de Tukey para análise de diferenças entre os vários tipos de parto e a presença de sintomas de PSPT.

(I) Tipo de parto	(J) Tipo de parto	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Vaginal (Normal)	Vaginal (com Analgesia Epidural)	4,04762	4,99209	0,965	-10,3279	18,4232
	Vaginal (Com Fórceps/Ventosa)	-6,15668	4,65675	0,772	-19,5665	7,2532
	Cesariana (Planeada)	-4,28571	6,23512	0,983	-22,2408	13,6693
	Cesariana (Não Planeada, com Analgesia Epidural)	-9,64935	5,14848	0,421	-24,4752	5,1765
	Cesariana (Não Planeada, com Anestesia Geral)	-8,55844	5,62681	0,651	-24,7618	7,6449
Vaginal (com)	Vaginal (Normal)	-4,04762	4,99209	0,965	-18,4232	10,3279

Analgesia Epidural)	Vaginal (Com Fórceps/Ventosa)	-10,20430	3,76948	0,079	-21,0591	0,6505
	Cesariana (Planeada)	-8,33333	5,60361	0,673	-24,4698	7,8032
	Cesariana (Não Planeada, com Analgesia Epidural)	-13,69697*	4,36241	0,024	-26,2592	-1,1347
	Cesariana (Não Planeada, com Anestesia Geral)	-12,60606	4,91779	0,112	-26,7677	1,5555
Vaginal (Com Fórceps/Ventosa)	Vaginal (Normal)	6,15668	4,65675	0,772	-7,2532	19,5665
	Vaginal (com Analgesia Epidural)	10,20430	3,76948	0,079	-0,6505	21,0591
	Cesariana (Planeada)	1,87097	5,30705	0,999	-13,4115	17,1535
	Cesariana (Não Planeada, com Analgesia Epidural)	-3,49267	3,97428	0,951	-14,9372	7,9519
	Cesariana (Não Planeada, com Anestesia Geral)	-2,40176	4,57701	0,995	-15,5820	10,7785
Cesariana (Planeada)	Vaginal (Normal)	4,28571	6,23512	0,983	-13,6693	22,2408
	Vaginal (com Analgesia Epidural)	8,33333	5,60361	0,673	-7,8032	24,4698
	Vaginal (Com Fórceps/Ventosa)	-1,87097	5,30705	0,999	-17,1535	13,4115
	Cesariana (Não Planeada, com Analgesia Epidural)	-5,36364	5,74337	0,937	-21,9026	11,1753
	Cesariana (Não Planeada, com Anestesia Geral)	-4,27273	6,17580	0,983	-22,0569	13,5115
Cesariana (Não Planeada, com Analgesia Epidural)	Vaginal (Normal)	9,64935	5,14848	0,421	-5,1765	24,4752
	Vaginal (com Analgesia Epidural)	13,69697*	4,36241	0,024	1,1347	26,2592
	Vaginal (Com Fórceps/Ventosa)	3,49267	3,97428	0,951	-7,9519	14,9372
	Cesariana (Planeada)	5,36364	5,74337	0,937	-11,1753	21,9026
	Cesariana (Não Planeada, com Anestesia Geral)	1,09091	5,07647	1,000	-13,5276	15,7094
Cesariana (Não Planeada, com Anestesia Geral)	Vaginal (Normal)	8,55844	5,62681	0,651	-7,6449	24,7618
	Vaginal (com Analgesia Epidural)	12,60606	4,91779	0,112	-1,5555	26,7677
	Vaginal (Com Fórceps/Ventosa)	2,40176	4,57701	0,995	-10,7785	15,5820
	Cesariana (Planeada)	4,27273	6,17580	0,983	-13,5115	22,0569
	Cesariana (Não Planeada, com Analgesia Epidural)	-1,09091	5,07647	1,000	-15,7094	13,5276
*. A diferença média é significativa no nível 0.05.						

Hipótese nº 6 “Existem diferenças entre os vários tipos de eventos traumáticos experienciados durante o parto em relação à presença de sintomas de PSPT”

De acordo com os dados resultantes da aplicação da versão portuguesa do instrumento CBTS e comparando com os diferentes eventos traumáticos experienciados durante o parto, foram obtidos os seguintes resultados (Tabela 36 e Tabela 37) após aplicação do teste ANOVA para amostras independentes.

Tabela 36 - Análise descritiva da relação entre os acontecimentos traumáticos experienciados durante o parto e a presença de sintomas de PSPT.

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Não Menciona	9	18,0000	5,40833	1,80278	13,8428	22,1572
Trauma Perineal	54	33,0556	21,68594	2,95108	27,1364	38,9747
Uso de Fórceps	27	36,1852	21,28386	4,09608	27,7656	44,6048
Mudança Inesperada de Tipo de Parto	40	38,1750	16,35329	2,58568	32,9450	43,4050
Impedimento da Presença do Acompanhante	39	41,2821	16,44760	2,63372	35,9504	46,6137
Falta de Privacidade Durante o Parto	2	24,0000	25,45584	18,00000	-204,7117	252,7117
Falta de Controlo de Dor Durante o Parto	20	37,1500	15,63826	3,49682	29,8311	44,4689
Total	191	35,8743	18,90628	1,36801	33,1759	38,5728

Tabela 37 - Teste ANOVA para amostras independentes sobre a relação entre os acontecimentos traumáticos experienciados durante o parto e a presença de sintomas de PSPT.

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4973,854	6	828,976	2,423	,028
Within Groups	62941,130	184	342,071		
Total	67914,984	190			

A partir da análise descritiva, é possível observar que, em média, as mulheres que não experienciaram eventos traumáticos durante o parto (N=9; $\bar{x}$ =18,0000; DP=5,40833) foram as que obtiveram um score menor na escala CBTS, e portanto menor presença de sintomas de PSPT. As mulheres que relatam ter sido traumático o impedimento da presença do acompanhante (N=39; $\bar{x}$ = 41,2821; DP=16,44760) foram as que tiveram em média maior

sintomatologia, seguidas das que tiveram uma mudança inesperada do tipo de Parto (N=40; $\bar{x}=38,175$; DP=16,35329), das que tiveram falta de controlo de dor durante o parto (N=20; $\bar{x}=37,1500$; DP=15,63826), das que lhes foi aplicado fórceps (N=27; $\bar{x}=36,1852$; DP=21,28386), seguidamente das que tiveram trauma perineal (N=54; $\bar{x}=33,0556$; DP=21,68594). É importante realçar que duas mulheres consideraram traumático a falta de privacidade durante o parto e que uma mulher que identificou o facto de ter tido um local de parto indesejado como um acontecimento traumático; contudo são dados de grupos com N inferior ou igual 2 e portanto, sendo uma subamostra pequena, não apresenta peso em termos estatísticos.

Depois de se constatar uma diferença de médias, foi realizado o teste ANOVA para amostras independentes para determinar se estas diferenças eram estatisticamente significativas. Tal como na Tabela 37, o valor do teste de ANOVA corresponde a $F(6;184) = 2,423$; $p=0,028$. Desta forma, com um valor de p (sig.) inferior a 0,05, pode-se concluir que as diferenças encontradas eram estatisticamente significativas e portanto, existem diferenças entre o acontecimento traumático e os níveis de PSPT. Assim, podemos rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese proposta. Por forma a determinar onde se encontravam as diferenças achadas, foi realizado um teste de Post-Hoc (Teste de Tukey), representado na Tabela 38. As diferenças encontradas foram relativamente às mulheres que não experienciaram nenhum acontecimento traumático e as que lhes foi impedido a presença do companheiro; o valor de p (sig.) resultante da comparação foi de 0,014 e portanto, estatisticamente significativo.

Tabela 38 - Teste Post-Hoc de Tukey para análise de diferenças entre os acontecimentos traumáticos experienciados durante o parto e a presença de sintomas de PSPT.

(I) Acontecimento traumático durante o parto	(J) Acontecimento traumático durante o parto	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
Não Menciona	Trauma Perineal	-15,05556	6,65902	0,269	-34,9077	4,7966
	Uso de Fórceps	-18,18519	7,11879	0,146	-39,4081	3,0377
	Mudança Inesperada de Tipo de Parto	-20,17500	6,82347	0,053	-40,5174	0,1674
	Impedimento da Presença do Acompanhante	-23,28205	6,83952	0,014	-43,6723	-2,8918
	Falta de Privacidade Durante o Parto	-6,00000	14,45834	1,000	-49,1039	37,1039
	Falta de Controlo de Dor Durante o Parto	-19,15000	7,42371	0,138	-41,2819	2,9819
Trauma Perineal	Não Menciona	15,05556	6,65902	0,269	-4,7966	34,9077
	Uso de Fórceps	-3,12963	4,35935	0,991	-16,1259	9,8667
	Mudança Inesperada de Tipo de Parto	-5,11944	3,85829	0,839	-16,6220	6,3831
	Impedimento da Presença do Acompanhante	-8,22650	3,88661	0,347	-19,8134	3,3604

	Falta de Privacidade Durante o Parto	9,05556	13,31805	0,994	-30,6488	48,7599
	Falta de Controlo de Dor Durante o Parto	-4,09444	4,84130	0,980	-18,5276	10,3387
Uso de Fórceps	Não Menciona	18,18519	7,11879	0,146	-3,0377	39,4081
	Trauma Perineal	3,12963	4,35935	0,991	-9,8667	16,1259
	Mudança Inesperada de Tipo de Parto	-1,98981	4,60664	0,999	-15,7233	11,7437
	Impedimento da Presença do Acompanhante	-5,09687	4,63037	0,927	-18,9012	8,7074
	Falta de Privacidade Durante o Parto	12,18519	13,55378	0,972	-28,2220	52,5923
	Falta de Controlo de Dor Durante o Parto	-0,96481	5,45645	1,000	-17,2318	15,3022
Mudança Inesperada de Tipo de Parto	Não Menciona	20,17500	6,82347	0,053	-0,1674	40,5174
	Trauma Perineal	5,11944	3,85829	0,839	-6,3831	16,6220
	Uso de Fórceps	1,98981	4,60664	0,999	-11,7437	15,7233
	Impedimento da Presença do Acompanhante	-3,10705	4,16207	0,989	-15,5152	9,3011
	Falta de Privacidade Durante o Parto	14,17500	13,40102	0,939	-25,7767	54,1267
	Falta de Controlo de Dor Durante o Parto	1,02500	5,06511	1,000	-14,0753	16,1253
Impedimento da Presença do Acompanhante	Não Menciona	23,28205	6,83952	0,014	2,8918	43,6723
	Trauma Perineal	8,22650	3,88661	0,347	-3,3604	19,8134
	Uso de Fórceps	5,09687	4,63037	0,927	-8,7074	18,9012
	Mudança Inesperada de Tipo de Parto	3,10705	4,16207	0,989	-9,3011	15,5152
	Falta de Privacidade Durante o Parto	17,28205	13,40920	0,856	-22,6941	57,2582
	Falta de Controlo de Dor Durante o Parto	4,13205	5,08671	0,983	-11,0327	19,2968
Falta de Privacidade Durante o Parto	Não Menciona	6,00000	14,45834	1,000	-37,1039	49,1039
	Trauma Perineal	-9,05556	13,31805	0,994	-48,7599	30,6488
	Uso de Fórceps	-12,18519	13,55378	0,972	-52,5923	28,2220
	Mudança Inesperada de Tipo de Parto	-14,17500	13,40102	0,939	-54,1267	25,7767
	Impedimento da Presença do Acompanhante	-17,28205	13,40920	0,856	-57,2582	22,6941
	Falta de Controlo de Dor Durante o Parto	-13,15000	13,71639	0,962	-54,0419	27,7419
Falta de Controlo de Dor Durante o Parto	Não Menciona	19,15000	7,42371	0,138	-2,9819	41,2819
	Trauma Perineal	4,09444	4,84130	0,980	-10,3387	18,5276
	Uso de Fórceps	0,96481	5,45645	1,000	-15,3022	17,2318
	Mudança Inesperada de Tipo de Parto	-1,02500	5,06511	1,000	-16,1253	14,0753
	Impedimento da Presença do Acompanhante	-4,13205	5,08671	0,983	-19,2968	11,0327

	Falta de Privacidade Durante o Parto	13,15000	13,71639	0,962	-27,7419	54,0419
*. A diferença média é significativa no nível 0.05.						

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão de resultados é mais do que uma análise dos resultados, é igualmente o momento em que o investigador aprecia e interpreta os mesmos tendo em conta o contexto do estudo e a literatura existente. É nesta porção do trabalho em que também são expostas as limitações, as consequências dos resultados em termos teóricos e práticos e ainda formula recomendações para estudos posteriores. Assim, o investigador “discute os principais resultados da investigação em função do problema de investigação, das questões ou hipóteses e estabelece comparações entre os resultados do seu estudo e dos outros trabalhos de investigação” (Fortin, 2009, p. 343).

No que concerne à análise descritiva das variáveis sociodemográficas, esta possibilitou a compreensão das características sociais e demográficas das mulheres presentes na amostra em estudo. Esta caracterização faz parte de um dos objetivos deste estudo e também do projeto maior em que se integra. Perante os dados obtidos na análise sociodemográfica, existe variação entre os dados do número de filhos e paridade, por exemplo. Tal pode ser explicado por uma série de razões. Assim, na amostra em estudo 7 mulheres referem não ter filhos, apesar de nenhuma ser nulípara, podemos deduzir que tal pode ter ocorrido devido a uma morte fetal de um feto com peso superior a 500g ou nascimento de um nado-morto ou morte de um filho em qualquer faixa etária; nestes casos ocorreu um parto (pela definição acima mencionada) sem gerar nenhum filho. Eventualmente pode ter havido também alguma confusão com a pergunta, e as mulheres terem confundido o conceito de gestação com paridade.

Em relação ao acompanhamento profissional para ultrapassar o *stress* experienciado, a maioria da amostra 69,3% (N=133) refere não ter tido qualquer apoio de profissionais de saúde, o que denota a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para a temática do *stress* pós-traumático durante este período e de formação de profissionais especializados em saúde mental na área das patologias mentais no pós-parto.

Relativamente à presença de sintomas de PSPT, na amostra do presente estudo, 40,1% (N=47) não apresentava sintomas sugestivos de PSPT, de acordo com a escala CBTS, contrastando com 59,9% (N=115) de mulheres que apresentaram sintomatologia de SPT. A literatura sugere que o PSPT após o parto ocorre em 3,1% das mulheres e em grupos de alto risco, a prevalência sobe para 15,7% (Stramrood e Slade, 2017). A diferença encontrada na literatura versus o presente estudo pode ter como fatores contribuintes as seguintes limitações:

- Dada a natureza voluntária do estudo, mulheres que sentiram que a sua experiência de parto foi traumática, podem ter mais tendência a querer preencher os questionários, uma vez que querem partilhar a sua experiência.
- Dado o método de amostragem (*snow-ball*), mulheres que tiveram um parto traumático, podem ter partilhado o *link* do questionário com outras mulheres que conhecem que tiveram uma situação semelhante.
- O uso de instrumentos de avaliação de autopreenchimento, são falíveis (podem não entender perguntas, não há segurança de ser o próprio a responder às questões) e podem provocar um viés pela desejabilidade social. A escala CBTS, embora construída tendo por base os critérios de diagnóstico de PSPT, não deve ser usado para diagnosticar a condição, mas sim para referenciar para um psiquiatra especializado na mulher no período pós-parto.
- Uma amostra relativamente pequena em comparação com outros estudos e simultaneamente a fase de pós-parto em que cada mulher se encontrava.

No que diz respeito ao nível de *stress* que a mulher sentiu no momento após o acontecimento traumático ocorrido durante o parto (*stress* auto-relatado) 69,3% (N=133) das mulheres descreveu o nível de *stress* como sendo extremamente *stressante*. Este facto vai ao encontro de estudos anteriormente realizados, que concluíram que 9 a 50% das mulheres experienciam partos traumáticos/negativos. Esta definição de parto traumático incluída nestes estudos é baseada no relato do que a mulher perceciona como traumático (O'Donovan et al. 2014; Stramrood et al., 2011).

Relativamente à hipótese nº 1 “Existe associação entre o nível de *stress* auto-relatado após um evento traumático ocorrido durante o parto e a presença de sintomas de PSPT” esta debruça-se sobre a possibilidade de existir uma relação entre o nível de *stress* auto-relatado e a presença de sintomas de PSPT (de acordo com a escala CBTS). Dos resultados obtidos através da aplicação do coeficiente de relação de Pearson, é possível observar que existe uma correlação fortemente positiva ($r=0,729$; $N=192$; $p=0.001$) entre o nível de *stress* auto-relatado e a presença de sintomatologia de PSPT, ou seja, quando uma das variáveis aumenta, a outra aumenta também. Assim, foi possível rejeitar a hipótese nula e aceitar a hipótese proposta. De facto, estudos sugerem, como Ertan et al. (2021), que mulheres que experienciaram o parto como *stressante* obtiveram scores mais elevados de PSPT (de acordo com a escala CBTS).

Tendo em consideração a hipótese nº 2 “Existe diferença entre a paridade em relação à presença de sintomas de PSPT” esta foca-se na possibilidade de existirem diferenças entre a paridade em relação à presença de sintomas de PSPT. Os resultados obtidos através do Test-t Student para amostras independentes ($t(190) = 0,833$; $p= 0,406$) demonstram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre estes dois grupos (primíparas vs. múltiparas) e por este motivo não é possível rejeitar a hipótese nula. Em relação ao

efeito da paridade na PSPT, os resultados encontrados na literatura são díspares. Em 2013, Abedian et al, num estudo comparativo descritivo concluíram que as múltiparas apresentaram um score de PSPT mais elevado que as primíparas. Já em 2014, num estudo conduzido por Vossbeck-Elsebusch et al. os autores concluíram que ser primípara era um fator de risco para o desenvolvimento de PSPT. Os resultados presentes neste estudo alinham-se com os resultados mais recentes, estabelecidos no estudo transversal descritivo de Liu et al. (2021) que num universo de 1136 mulheres não encontram associação entre a paridade e a PSPT. Brandão et al. (2018) sugerem a existência de uma relação entre fatores diretos/indiretos da ansiedade e depressão pré-natal e o desenvolvimento de PSPT no pós-parto, sobretudo no que se refere às percepções de um sentimento de controlo ou mestria durante o parto. O controlo percebido é definido por alguns autores (Ghanbari-Homaie et al., 2023) como a participação, envolvimento e o acesso à informação numa tomada de decisão, ou seja, o controlo percebido significa que a mulher acredita que as suas ações afetam ou alteram as condições do parto. Este controlo pode ser interno na medida em que a mulher tem controlo sobre os seus sintomas físicos, sentimentos e comportamentos externos quando a mulher controla o *setting* do parto, o seu envolvimento na tomada de decisões durante o parto e o acesso que tem à informação. Brandão et al. (2018) mostraram que os sintomas de ansiedade e depressão na gravidez têm impacto na percepção da experiência de parto, uma vez que estas patologias provocam viés cognitivos, nomeadamente uma hipervigilância dos estímulos de ameaça, nomeadamente sentimentos de ameaça à própria integridade e pensamentos tendencialmente mais negativos. No seu estudo, não encontraram diferenças entre grupos (múltiparas vs. primíparas) sobre a relação entre os níveis de ansiedade pré-natal e o sentimento de controlo ou mestria durante o parto. Concluíram também que a ansiedade na gravidez das múltiparas não era relacionada com nenhum fator em específico, era uma ansiedade geral, enquanto as primíparas apresentavam mais ansiedade relacionada com fobia ao parto (um fator de risco conhecido para a PSPT). Por outro lado, os níveis dos sintomas depressivos na gravidez eram mais elevados nas primíparas. Os autores explicam este facto, porque a primípara não apresenta nenhuma experiência de parto prévio, ao passo que as múltiparas se mostram mais realistas nas suas expectativas em relação à experiência de parto (em termos emocionais e de sentimento de controlo durante o parto) por já possuírem uma experiência anterior. Os níveis de sintomas depressivos na gravidez nas múltiparas são expressivos no desenvolvimento de PSPT pós-parto, contudo o mecanismo explicativo difere. Mulheres múltiparas, por já terem experiências de parto prévias, tendem a ter e a perceber menor nível de apoio (fator de risco já conhecido para o desenvolvimento de PSPT) no período do pós-parto. Assim, embora no presente estudo, e à semelhança de outros, não tenham sido verificadas diferenças estatisticamente significativas entre a paridade e os níveis de PSPT, não deixa de ser importante o seu estudo, uma vez que poderão estar presentes relações indiretas que influenciam ambos os grupos, embora através de mecanismos diferentes.

Quanto à hipótese nº 3 “Existem diferenças entre gravidezes planeadas/não planeadas em relação à presença de sintomas de PSPT”, esta procura estabelecer uma associação entre o planeamento da gravidez e a presença de sintomas de PSPT. Os resultados do Test-t Student para amostras independentes ($t(190) = -0,361$; $p=0,718$) revelam não existir diferenças estatisticamente significativas entre o planeamento ou não da gravidez e a presença de sintomas de PSPT. Como tal não é possível rejeitar a hipótese nula. Esta conclusão é refutada por Bingol e Bal (2020) que no seu estudo descritivo concluíram que mulheres com gravidezes não planeadas apresentaram no pós-parto scores de CBTS significativamente mais elevados do que mulheres cujas gravidezes foram planeadas. Estas diferenças poderão ser explicadas pela diferença no tamanho da amostra ($n=385$), pela técnica de amostragem (conveniência) e por o método usado ter sido a entrevista.

A hipótese nº 4 “Existem diferenças entre mulheres que nos últimos cinco anos vivenciaram/não vivenciaram uma experiência significativamente negativa em relação à presença de sintomas de PSPT” foi elaborada porque a literatura sugere que experiências traumáticas anteriores têm um grande impacto no desenvolvimento de PSPT. De acordo com o modelo teórico de Fischer e Riedesser sobre a génese do evento traumático, existem experiências anteriores ao trauma (pré-trauma), e fatores situacionais associados ao trauma (peri-trauma) que influenciam a reação ao trauma experienciado e determinam a recuperação ou desenvolvimento de um processo traumático (pós-evento) (Arriaga, 2018).

Os estudos conduzidos por Oh et al. (2016) e Ertan et al. (2021) mostraram que o score de PSPT era mais elevado em mulheres que previamente experienciaram um evento traumático. Contudo estes estudos mencionam como exemplos de eventos traumáticos o trauma na infância, ou seja, que não ocorreram nos últimos 5 anos. O mesmo pode acontecer com outro tipo de traumas prévios que ocorreram há mais tempo. Este poderá ser o motivo para o qual o resultado obtido através do Teste-t Student para amostras independentes ($t(190) = -0,304$; $p= 0,761$) não demonstrou diferenças estatisticamente significativas entre os eventos negativos ocorridos nos últimos 5 anos e a presença de sintomas de PSPT. Por este motivo não foi possível rejeitar a hipótese nula. Num estudo posterior, incluiria uma pergunta que não impusesse um limite temporal para acontecimentos traumáticos prévios.

A Hipótese nº 5 “Existem diferenças entre os vários tipos de parto em relação à presença de sintomas de PSPT” recai sobre a comparação entre os vários tipos de parto em relação à presença de sintomas de PSPT. Neste estudo, foi usado o teste ANOVA para amostras independentes, uma vez que se pretendia estabelecer as diferenças entre os vários grupos (tipos de parto) e uma variável escalar (Score total da escala CBTS). O resultado deste teste $F(5; 186) = 2,739$; $p=0.021$, demonstrou existirem diferenças estatisticamente significativas entre os vários tipos de parto em estudo. Após a realização do teste Post-Hoc de Tukey, foi possível verificar que as diferenças observadas se encontravam entre o parto

vaginal com analgesia epidural e a cesariana não planeada com analgesia epidural ($p=0,024$).

É de notar que as cesarianas não planeadas (independentemente do tipo de anestesia), obtiveram score significativamente mais elevados, seguidos dos partos vaginais instrumentados, dos partos por cesariana planeada, dos partos vaginais sem anestesia e dos partos vaginais normais. Relativamente aos partos vaginais normais e os partos vaginais com analgesia epidural, as diferenças poderão justificar-se pelo controlo da dor durante o parto. Como já é conhecido pela literatura, a ausência ou falta de controlo da dor durante o parto é um fator de risco para o desenvolvimento de PSPT (Ertan et al., 2021 e Whetherell et al., 2022). Na amostra em questão 20 mulheres referiram como evento traumático a falta de controlo de dor durante o parto.

A tendência verificada, acompanha o que já vários mostraram repetidamente. O tipo de parto é um fator de risco para o desenvolvimento de PSPT, particularmente no que diz respeito às cesarianas de emergência. Dekel et al. (2019) relataram que mulheres sujeitas a intervenções obstétricas, como cesarianas ou partos vaginais instrumentados, mostraram maior *distress* psicológico no pós-parto do que as que tiveram um parto vaginal normal.

Também Ertan et al. (2021) concluíram que mulheres submetidas a cesarianas de emergência apresentaram scores totais superiores na escala CBTS, seguidas das mulheres submetidas a partos com recurso a ventosas e fórceps. Contrariamente mulheres com partos vaginais não instrumentados obtiveram os scores totais mais baixos na mesma escala. Após o uso de testes Post-Hoc, os autores verificaram que existiam diferenças estatisticamente significativas entre mulheres que tiveram um parto vaginal normal das que tiveram uma cesariana emergente ($p < .001$, $d = .791$), e das que tiveram um parto com recurso a ventosas e fórceps ($p < .002$, $d = .552$ e $p < .018$, $d = .477$, respetivamente). De notar que também existiram diferenças significativas entre as mulheres que tiveram cesarianas de emergência e das que tiveram uma cesariana eletiva ($p < .018$, $d = .477$).

Alguns autores argumentam que a cesariana potencia o risco de complicações/doenças graves na mulher e no recém-nascido, assim como alterações ao vínculo materno estabelecido por aumento da vulnerabilidade psicológica (Castillo-Ruiz et al. 2018; Rowe-Murray e Fisher, 2001). Como também já estabelecido pela literatura, complicações no parto ou a presença de morbididades na mulher e bebé são fatores de risco importantes para o desenvolvimento de PSPT. Outros investigadores (Swain et al., 2008 e Stjernholm et al., 2016), enfatizam a importância do papel hormonal no risco de desenvolvimento da patologia mental e como partos por cesariana provocam alterações ao nível da ocitocina e do cortisol.

Contudo, partos vaginais ou cesarianas eletivas também podem levar igualmente ao surgimento de PSPT, uma vez que a vulnerabilidade psicológica e a experiência subjetiva de parto podem estar na raiz do desenvolvimento de sintomatologia. Em termos

comparativos poucas mulheres preferem o parto por cesariana, contudo algumas preferem devido a razões psicológicas como a fobia do parto. Se esta fobia estiver presente e a mulher for forçada a ter o parto por via vaginal, esta pode percecionar a experiência de parto como traumática, o que é sugestivo em termos teóricos, que independentemente do tipo de parto, se este não corresponder às expectativas que a mulher criou, a possibilidade de ele ser percecionado como traumático é maior (Nigel et al., 2014). Esta visão teórica alinha-se com a perspetiva sobre o *stress* e as emoções preconizado por Lazarus (1999) que salienta a importância da congruência ou incongruência das emoções. Isto é, perante um contexto congruente com os desejos pessoais de um indivíduo, as emoções geradas terão uma tónica positiva; contrariamente se as condições contextuais entrarem em confronto, as emoções serão tendencialmente negativas.

Relativamente à hipótese nº 6 “Existem diferenças entre os vários tipos de eventos traumáticos experienciados durante o parto em relação à presença de sintomas de PSPT” esta pretendeu comparar os vários eventos traumáticos ocorridos durante o parto em relação à sintomatologia de PSPT. Para estabelecer esta diferença de médias, recorreu-se ao teste de ANOVA para amostras independentes, cujo resultado foi $F(6;184) = 2,423$; $p=0,028$. Como já mencionado anteriormente, o valor de p apresentou significância, uma vez que foi inferior a 0,05, sendo assim possível rejeitar a hipótese nula. Para proceder à localização das diferenças encontradas pelo teste ANOVA, procedeu-se à realização de um teste Post-Hoc de Tukey e verificou-se que as diferenças encontradas eram entre as mulheres que não referiam nenhum evento traumático durante o parto e as mulheres que consideraram traumático o impedimento da presença do acompanhante durante o parto ($p=0,014$). Os resultados encontrados vão ao encontro do que está relatado na literatura. Ertan et al. (2021) referiram como conclusão do seu estudo que mulheres que relatam eventos stressante durante o parto têm níveis de score total da CBST mais elevados quando comparadas às mulheres que não sofreram nenhum evento traumático. Este evento poderá ter sido o mais expressivo, tendo em conta o período de tempo em que foi realizada a colheita de dados. Aquando a colheita de dados, ainda vigoravam em alguns hospitais restrições de visitas (inclusive no bloco de partos e internamento de obstetrícia), devido à pandemia de SARS-CoV-2. A evidência sugere que durante a pandemia as restrições da presença de acompanhantes resultaram em respostas de *stress* mais agudas, do que nos anos anteriores em que essa restrição não existia, ou seja, a perceção de suporte (fator de risco já conhecido para o desenvolvimento de PSPT, segundo Kranenburg et al., 2023) foi francamente alterada pela ausência de um acompanhante durante o parto e no período pós-parto. Também foi registado, que em mulheres que pariram durante a pandemia, os níveis mais elevados de *stress* foram associados a uma maior presença de sintomas de PSPT e uma vinculação mais fraca com o bebé (Mayopoulos et al., 2021 e Oddo-Sommerfeld et al., 2022).

“Assim, a enfermagem de saúde mental e psiquiátrica foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental” (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto da Ordem dos Enfermeiros, p. 21427).

Conforme o presente trabalho tem vindo a mostrar, a temática do PSPT no período do pós-parto é uma área de relevo de investigação. Desta forma, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) assume um papel crucial no planeamento e execução de intervenções ou programas específicos que dão resposta aos diagnósticos de enfermagem formulados. As intervenções no tratamento do PSPT no período do pós-parto têm sido estudadas amplamente por várias áreas de investigação e conforme o subcapítulo 1.3 do enquadramento teórico, as mais sugeridas são o uso do EMDR, o *debriefing* e o *cognitive behavioral counseling*. A promoção da saúde mental implica uma colaboração multidisciplinar, uma vez que as questões da saúde mental passam muitas vezes despercebidas aos profissionais de saúde, o que se pode relacionar com os dados obtidos no presente trabalho, e já mencionados, sobre acompanhamento profissional para ultrapassar o *stress* experienciado. Durante o período perinatal, a maioria das mulheres não procura ajuda na resolução deste tipo de problemas, uma vez que a cultura ocidental promove o conceito de felicidade durante a gravidez e o puerpério. Quando existe contradição entre o contexto sociocultural e o contexto real, podem surgir sentimentos de culpa, vergonha e/ou fracasso. Este estigma deverá ser trabalhado pelo EESMP, desmistificando a ideia de felicidade na gravidez e no puerpério e abordando as alterações físicas/psicológicas/emocionais que podem surgir neste período. A qualidade da relação entre a mulher e o bebé está fortemente associado com a resiliência (Macedo e Ferreira, 2014). A resiliência como já mencionado no enquadramento teórico é a capacidade que o indivíduo tem para retomar a sua configuração prévia após suportar um embate ou deformação, e a sua capacidade para superar e restabelecer-se das contrariedades sofridas. (Vaz Serra, 2003).

A prevenção da psicopatologia materna é uma estratégia eficaz para reduzir os fatores de risco para o desenvolvimento da doença mental. Por isso, o desenvolvimento de um plano integrado de ação que acompanhe mulheres (sobretudo as que possuem os fatores de risco mencionados na literatura) desde a gravidez ao puerpério é fundamental na prevenção e tratamento do PSPT pós-parto. Na Tabela 39 mostram-se alguns dos focos ou possíveis diagnósticos de enfermagem, bem como objetivos e intervenções na mulher com risco de desenvolver PSPT ou com PSPT diagnosticado no pós-parto. A justificação dos focos tem por base as manifestações psicofisiológicas que podem ocorrer durante a gravidez, parto e puerpério.

Tabela 39 - Proposta de plano de intervenção do EESMP na mulher em risco ou com PSPT pós-parto (Sebastião, 2020, adaptado de Camarneiro, 2007; Sequeira e Sampaio, 2020).

Focos e Diagnósticos de Enfermagem durante a gravidez na perspectiva do EESMP	Justificação	Focos e Diagnósticos de Enfermagem durante o puerpério na perspectiva do EESMP	Justificação
• Humor (comprometido) • Ansiedade/Autocontrolo da ansiedade • (Baixa) Autoestima • Autoimagem (comprometida) • Comportamento sexual (comprometido) • Stress • Coping (comprometido) • Fobia (do parto)	• Alterações emocionais devido às transformações fisiológicas • Ajuste psicológico da mulher perante a ideia de ser uma futura mãe. • Sentimento de ambivalência afetiva, pautado por alterações do humor e sensibilidade aumentada • Alterações do desejo sexual • Perceção dos movimentos fetais, que podem estar alterados em caso de elevação dos níveis de ansiedade • Objetivação do bebé como diferente, mas não ainda separado do corpo e da mente materna • Preocupação da mulher com as suas alterações corporais • Medo da irreversibilidade das modificações corporais • Alterações da sexualidade • Transferência da dependência da mãe para a dependência do companheiro • Mudança no conteúdo dos sonhos, que passam a estar	• Humor • Ansiedade/Autocontrolo da ansiedade • Stress • Coping (Comprometido) • Processo familiar • Processo de tomada de decisão (comprometido) • Autocuidado (negligenciado) • Comportamento sexual (comprometido) • Sono (comprometido)	• Readaptação biofisiológica • Readaptação psicológica /Autoconceito (ao nível do corpo e dos papéis relacionais e familiares) • Período determinante na relação com o bebé • Mudanças familiares e sociais (Sebastião, 2020, adaptado de Camarneiro, 2007).

	relacionados com outros ou com estranhos • Aumento da ansiedade devido à aproximação do parto • Fobia do parto (Sebastião, 2020, adaptado de Camarheiro, 2007).		
Objetivos			
• Identificar fatores de risco para o desenvolvimento de patologia mental • Identificar plano de parto (se presente e em colaboração com o enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica) • Identificar expectativas sobre o parto • Promover autoestima • Promover humor eutímico • Identificar alterações no humor da cliente • Diminuir a ansiedade da cliente • Promover o autocontrolo da ansiedade • Promover suporte emocional • Promover <i>coping</i> efetivo • Promover autocontrolo da ansiedade • Promover a saúde sexual da grávida	• Promover humor eutímico • Identificar alterações no humor da cliente • Diminuir a ansiedade da cliente • Promover o autocontrolo da ansiedade • Promover suporte emocional • Promover <i>coping</i> efetivo • Promover autocontrolo da ansiedade • Promover o autocuidado • Promover sono • Promover a saúde sexual da puérpera • Promover crescimento pós-traumático (em casos de PSPT)		
Intervenções do EESMP			
• Executar entrevista clínica • Disponibilizar presença • Executar escuta ativa • Gerir comunicação • Incentivar cliente a participar em atividades de distração • Executar técnicas de relaxamento • Executar apoio emocional • Executar aconselhamento • Executar intervenção psicoeducativa • Executar relação de ajuda • Executar reestruturação cognitiva • Ensinar sobre ansiedade • Treinar técnicas de autocontrolo • Instruir sobre estratégias de resolução de problemas • Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade • Informar sobre estratégias de redução de <i>stress</i> • Informar sobre a sexualidade na gravidez • Esclarecer dúvidas para desmistificar os mitos que influenciam negativamente a relação sexual do casal • Gerir expectativas (o possível parto real versus o idealizado) • Ensinar mulher sobre comunicação intrauterina (através da musicoterapia, haptonomia, pensamentos positivos e conversas	• Disponibilizar presença • Executar escuta ativa • Gerir comunicação • Incentivar cliente a participar em atividades de distração • Executar técnicas de relaxamento • Executar apoio emocional • Executar aconselhamento • Executar intervenção psicoeducativa • Executar relação de ajuda • Executar reestruturação cognitiva • Ensinar sobre ansiedade • Treinar técnicas de autocontrolo • Instruir sobre estratégias de resolução de problemas • Orientar sobre estratégias de redução da ansiedade • Informar sobre estratégias de redução de <i>stress</i> • Informar sobre a sexualidade no puerpério • Esclarecer dúvidas para desmistificar os mitos que influenciam negativamente a relação sexual do casal • Executar intervenção em crise • Promover o envolvimento familiar • Incentivar o autocuidado • Planear horários de sono e atividade • Ensinar sobre estratégias promotoras do sono • Promover o apoio familiar • Treinar a resiliência e inteligência emocional, atribuição de novos significados etc. • Promover o uso da escrita terapêutica		

com o feto). • (Adaptado de Sequeira e Sampaio, 2020)	• Orientar para grupos de apoio (grupos de mães) • (Adaptado de Sequeira e Sampaio, 2020)
--	--

Existe pouca literatura sobre os resultados positivos do parto e sobre a capacidade da mulher de crescer psicologicamente face a um evento traumático (Berman et al., 2021). O CPT refere-se à noção de mudanças positivas que ocorrem após um acontecimento potencialmente traumático, que ocorrem mediante as emoções sentidas e reavaliação das crenças centrais de um indivíduo. (Tedeschi e Calhoun, 2004). Um melhor entendimento por parte do EESMP acerca dos facilitadores do CPT pós-parto, pode orientar e melhorar os cuidados à mulher durante este período, razão pela qual seria importante de futuro estudar o desenvolvimento de CPT no período pós-parto, os fatores facilitadores de CPT e a relação entre o PSPT e o CPT.

CONCLUSÃO

Estudos recentes acerca do volume global de patologias mentais no período perinatal, indicam a demanda urgente de desenvolvimento de políticas de saúde, com o objetivo de criar respostas especializadas em termos preventivos, diagnósticos e tratamento precoce (Tripathy, 2020). Macedo et al. (2014) afirmam que o desenvolvimento deste tipo de ações promotoras da saúde mental em contexto da prevenção da doença psiquiátrica, podem resultar em estratégias importantes para promover não somente o bem-estar da mulher, mas também da família e permitir a minimização de riscos do desenvolvimento infantil (uma vez que o bem-estar da mulher afeta diretamente as relações familiares e a vinculação). O parto é um evento complexo e memorável na vida de uma mulher, mas pode ser percebido como um evento negativo e traumático. A literatura sugere que cerca de 30% das mulheres afirmam que a sua experiência de parto foi traumática. A prevalência de PSPT pós-parto ronda os 4,0% na comunidade e 18,5% em populações de risco (Dikmen-Yildiz et al., 2017). Assim assume-se a relevância deste estudo no desenvolvimento de mais conhecimento sobre a saúde mental no período perinatal e na contribuição de estratégias assistenciais específicas do EESMP no âmbito da PSPT. Assim, os objetivos específicos deste estudo foram: Caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo; Estudar os fatores de risco para o desenvolvimento de SPT; Avaliar a presença de sintomas de *stress* pós-traumático nas participantes do estudo; Identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às mulheres que vivenciaram *stress* pós-traumático.

Como foi possível observar, a análise sociodemográfica e clínica foi realizada através de um questionário sociodemográfico e apresentada em formato de tabelas presentes no capítulo 5. Constatou-se a presença de sintomas de PSPT (incluindo sintomas de reexperiência, de evitamento, de alterações negativas da cognição/humor e de hiperexcitação/reatividade) através do uso da escala CBTS, no caso concreto, um resultado expressivo de 59,9% da amostra, denotando mais uma vez a relevância e importância de estudar este fenómeno. O presente estudo também permitiu a validação de algumas das hipóteses propostas, no âmbito dos fatores de risco para a PSPT. Sugere-se que mulheres que experienciaram o parto como stressante obtiveram scores mais elevados de PSPT e que a paridade/planeamento da gravidez/eventos negativos ocorridos nos últimos cinco anos, não representam fatores de risco para o desenvolvimento de PSPT. Por outro lado, a vivência de um evento traumático durante o parto e o tipo de parto

(nomeadamente a cesariana de emergência) são fatores de risco para o desenvolvimento de PSPT. Na generalidade os resultados alinham-se com o que já é conhecido sobre a temática, excetuando a paridade e a vivência de eventos negativos ocorridos nos últimos cinco anos. Face à necessidade de cuidados de saúde mental no período perinatal, foi igualmente proposto um plano de cuidados, com os focos, objetivos e intervenções que o EESMP deve ter em consideração na abordagem da saúde mental perinatal, nomeadamente em casos de PSPT ou em mulheres em risco de desenvolverem PSPT.

Como limitações deste trabalho, destaca-se a população acessível através dos meios digitais (método usado devido à situação pandémica ainda em vigor no momento da recolha de dados) e o método de amostragem por *snow-ball* que podem ter condicionado a dimensão e distribuição da amostra, na medida que apenas mulheres com conhecimento sobre os meios digitais responderam e as mulheres que passaram por um parto traumático puderam ter partilhado com outras mulheres em situações semelhantes. Se a colheita de dados pudesse ter sido feita pessoalmente, talvez fosse possível atingir uma melhor distribuição da amostra e uma maior capacidade de generalização dos dados. Outra limitação encontrada prende-se com a natureza quantitativa do estudo, uma vez que esta abordagem não permitiu explorar as narrativas e vivências das mulheres (nomeadamente as questões da ruminação deliberada/intencional e intrusiva), em relação à sua experiência de parto, o que teria sido vantajoso no estudo das dimensões do crescimento pós-traumático. Assim, face aos dados e carácter correlacional do estudo, estes devem ser analisados com cautela, uma vez que as relações estabelecidas foram de associação mais não causais.

Como pontos fortes do trabalho, é importante referir que se trata de um tema atual e de grande interesse pela comunidade científica, que existiu uma boa adesão ao preenchimento do questionário por parte da população, em especial numa época de pandemia com maior vulnerabilidade psicológica, de destacar também que foi a primeira vez que a CBTS foi usada num contexto de investigação em Portugal, e a relevância e importância do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica (EESMP) neste contexto em colaboração com os especialistas em saúde materna e obstétrica. O principal destaque deste trabalho é a criação de um plano de cuidados de assistência no período perinatal, contemplando os focos de atenção e intervenções específicas do EESMP.

As competências específicas do EESMP são as seguintes:

a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; d) Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e

psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto da Ordem dos Enfermeiros, p. 21427).

Ao longo deste trabalho e face às questões colocadas, foi possível perceber o impacto que o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica pode ter neste contexto nomeadamente na avaliação, planeamento e intervenção em mulheres com *stress* pós-traumático pós-parto. E que o conhecimento do qual é detentor permite a identificação de focos e diagnósticos de enfermagem como: autoconceito/autoestima, ansiedade/autocontrolo da ansiedade, *stress*, humor, medo, *coping* entre outros. Numa perspetiva de transição para a maternidade esta pressupõe a resolução de tarefas desenvolvimentais específicas, uma vez que as mulheres são “confrontadas com uma tripla tarefa: (1) reavaliar ganhos e perdas que a maternidade introduziu na sua vida; (2) aceitar as mudanças que este novo período lhe coloca e (3) reconstruir objetivos pessoais” (Carvalho et al., 2006, p. 47). Sendo o EESMP o elemento facilitador da transição saudável para a maternidade, a deteção precoce de sintomatologia psicopatológica traumática e a intervenção atempada permite potenciar o CPT da mesma. Considera-se que este estudo contribui para o desenvolvimento de competências do EESMP na abordagem à mulher com parto traumático, contudo será importante em trabalhos futuros procurar maior representatividade de realidade em Portugal, sobretudo na incidência de partos-traumáticos e fatores de risco para o desenvolvimento de PSPT na gravidez e também apostar na realização de estudos de carácter qualitativo de forma a compreender as relações diretas e indirectas de todas as variáveis em estudo (através do estudo das vivências traumáticas).

Concluindo, a presente dissertação permitiu aumentar o meu conhecimento sobre esta problemática e contribuir para a produção científica na área da Saúde Mental Perinatal. Assim, este percurso possibilitou o meu crescimento pessoal, académico e profissional, atingindo os objetivos inicialmente propostos para este estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdollahpour, S., & Khadivzadeh, T. (2022). Prevalence of Traumatic Childbirth and Post-traumatic Stress After Delivery in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research*, 4(3), 86-92. <http://doi.org/10.30699/jogcr.4.3.86>
- Abdollahpour, S., Khosravi, A., Motaghi, Z., Keramat, A., & Mousavi, S. A. (2019). Effect of Brief Cognitive Behavioral Counseling and Debriefing on the Prevention of Post-traumatic Stress Disorder in Traumatic Birth: A Randomized Clinical Trial. *Community Mental Health Journal*, 55(7), 1173-1178. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00424-6>
- Abedian, Z., Soltani, N., Mokhber, N., & Esmaeily, H. (2013). Comparing Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Primiparous and Multiparous Women with Preeclampsia. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 1(1), 13-18. <http://doi.org/10.22038/jmrh.2013.755>
- Airosa, S., & Silva, I. (2013). Associação entre vinculação, ansiedade, depressão, stresse e suporte social na maternidade. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14, 64-77.
- Amaury Cantilino. (2010). Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(6), 288-294. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000600006>
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition)*. American Psychiatric Association.
- Arriaga, M. A. T. de. (2018). O impacto do evento na resposta ao trauma [Tese de Doutorado, Universidade da Beira Interior, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas]. <http://hdl.handle.net/10400.6/4820>
- Asadzadeh, L., Jafari, E., Kharaghani, R., & Taremian, F. (2020). Effectiveness of midwife-led brief counseling intervention on post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety symptoms of women experiencing a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2826-1>
- 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. <http://doi.org/10.1017/S0033291715002706>

Ayers, Susan. (2017). Birth trauma and post-traumatic stress disorder: the importance of risk and resilience. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(5), 427-430. <http://doi.org/10.1080/02646838.2017.1386874>

Ayers, Susan, Joseph, S., McKenzie-McHarg, K., Slade, P., & Wijma, K. (2008). Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 240-250. <https://doi.org/10.1080/01674820802034631>

Ayers, Susan, & Pickering, A. D. (2001). Do Women Get Posttraumatic Stress Disorder as a Result of Childbirth? A Prospective Study of Incidence. *Birth*, 28(2), 111-118. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2001.00111.x>

Ayers, Susan, Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). City Birth Trauma Scale scoring information. <https://bpb-eu-w2.wpmucdn.com/blogs.city.ac.uk/dist/1/2580/files/2021/08/City-BiTS-scoring-information.pdf>

Barthel, D., Göbel, A., Barkmann, C., Helle, N., & Bindt, C. (2020). Does Birth-Related Trauma Last? Prevalence and Risk Factors for Posttraumatic Stress in Mothers and Fathers of VLBW Preterm and Term Born Children 5 Years After Birth. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2020.575429>

Bastos, & Bick, D. (2015). Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.pub2>

Bayri Bingol, F., & Demirgoz Bal, M. (2020). The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56, 851-857. <http://doi.org/10.1111/ppc.12501>

Beck, C. T., & Watson, S. (2016). Posttraumatic Growth After Birth Trauma: “I Was Broken, Now I Am Unbreakable.” *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(5), 264-271. <http://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000259>

Beck, C. T., Watson, S., & Gable, R. K. (2018). Traumatic Childbirth and Its Aftermath: Is There Anything Positive? *The Journal of Perinatal Education*, 27, 175-184. <http://doi.org/10.1891/1058-1243.27.3.175>

Berman, Z., Thiel, F., Dishy, G. A., Chan, S. J., & Dekel, S. (2021). Maternal psychological growth following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 24(2), 313-320. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01053-9>

Bielinski-Blattmann, D., Gürber, S., Lavalley, K., Grob, A., Surbek, D., & Stadlmayr, W. (2016). Labour experience and postpartum stress and depression: a quantitative and

qualitative examination. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(2), 162-174. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1131252>

Borg Cunen, N., McNeill, J., & Murray, K. (2014). A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*, 30(2), 170-184. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.09.003>

Brandão, T., Brites, R., Nunes, O., & Hipólito, J. (2020). Posttraumatic Growth After Childbirth in Women: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(2), 318-330. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09720-w>

Brandão, T., Brites, R., Nunes, O., Pires, M., & Hipólito, J. (2020). Anxiety and depressive symptoms during pregnancy, perceived control and posttraumatic stress symptoms after childbirth: A longitudinal mediation analysis. *Journal of Health Psychology*, 25(13-14), 2085-2095. <https://doi.org/10.1177/1359105318787018>

Calhoun, L. G., Cann, A., Tedeschi, R. G., & McMillian, J. (1998). Traumatic Events and Generational Differences in Assumptions About a Just World. *The Journal of Social Psychology*, 138(6), 789-791. <https://doi.org/10.1080/00224549809603265>

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2004). AUTHORS' RESPONSE: The Foundations of Posttraumatic Growth: New Considerations. *Psychological Inquiry*, 15(1), 93-102. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_03

Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2013). *The Process of Posttraumatic Growth in Clinical Practice*. Taylor & Francis Group.

Camarneiro, A. P. F., & Justo, J. M. R. de M. (2014). O contributo dos fatores psicológicos na ocorrência do parto pré-termo. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 113-122. <http://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.595>

Camarneiro, A. P. F., & Justo, J. M. R. de M. (2022). Emotional states and psychopathological symptoms in couples during pregnancy and post-partum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 40(4), 384-398. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1814226>

Camarneiro, 1964-, Ana Paula Forte. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. <http://hdl.handle.net/10451/6526>

Camarneiro, A. P. F. (2007). *A gravidez de risco e o desenvolvimento do bebé: consequências da diabetes gestacional e da hipertensão arterial induzida pela gestação no*

desenvolvimento precoce dos bebés: estudo comparativo [Tese de Doutoramento, FORMASAU - Formação e Saúde]. <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1749201>

Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade: representações e tarefas de desenvolvimento. In *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Quarteto Editora.

Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., Triplett, K. N., Vishnevsky, T., & Lindstrom, C. M. (2011). Assessing posttraumatic cognitive processes: the Event Related Rumination Inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 137-156. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.529901>

Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., Peralta-Ramirez, M. I., Ayers, S., Galán-Paredes, A., & Caracul-Romero, A. (2021). Assessment of posttraumatic stress disorder among women after childbirth using the City Birth Trauma Scale in Spain. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy*, 13, 545-554. <http://doi.org/10.1037/tra0001007>

Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006a). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 5(2), 39-49.

Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006b). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, 5(2), 39-49.

Castillo-Ruiz, A., Mosley, M., Jacobs, A. J., Hoffiz, Y. C., & Forger, N. G. (2018). Birth delivery mode alters perinatal cell death in the mouse brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(46), 11826-11831. <http://doi.org/10.1073/pnas.1811962115>

Chan, S. J., Ein-Dor, T., Mayopoulos, P. A., Mesa, M. M., Sunda, R. M., McCarthy, B. F., Kaimal, A. J., & Dekel, S. (2020). Risk factors for developing posttraumatic stress disorder following childbirth. *Psychiatry Research*, 290, 113090. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113090>

Chiorino, V., Cattaneo, M. C., Macchi, E. A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G. G., Mosca, F., Fumagalli, M., Cortinovis, I., Carletto, S., & Fernandez, I. (2020). The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. *Psychology & Health*, 35(7), 795-810. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1699088>

Cohen, M. M., Ansara, D., Schei, B., Stuckless, N., & Stewart, D. E. (2004). Posttraumatic Stress Disorder after Pregnancy, Labor, and Delivery. *Journal of Women's Health*, 13(3), 315-324. <https://doi.org/10.1089/154099904323016473>

Cui, P. pan, Wang, P. pan, Wang, K., Ping, Z., Wang, P., & Chen, C. (2021). Post-traumatic growth and influencing factors among frontline nurses fighting against COVID-19. *Occupational and Environmental Medicine*, 78(2), 129-135. <http://doi.org/10.1136/oemed-2020-106540>

- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019a). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 817-824. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019b). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 817-824. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth Induced Posttraumatic Stress Syndrome: A Systematic Review of Prevalence and Risk Factors. *Frontiers in Psychology*, 8. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Denis, A., Parant, O., & Callahan, S. (2011). Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(2), 125-135. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513048>
- Dewes, J. O. (2013). Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling : uma descrição dos métodos [Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Matemática]. <http://hdl.handle.net/10183/93246>
- Dias, D. F. M. (2019). Perturbação de Stress Pós-Traumático: diagnóstico, comorbilidades e risco de suicídio [Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. <http://hdl.handle.net/10316/86609>
- Dikmen-Yildiz, P., 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>
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S., & Phillips, L. (2018). Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 229, 377-385. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.074>
- Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikström, A.-K., Högberg, U., & Skalkidou, A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301-311. <https://doi.org/10.1111/aogs.13275>
- El Founti Khsim, I., Martínez Rodríguez, M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder after Childbirth: A Systematic Review. *Diagnostics*, 12(11). <http://doi.org/10.3390/diagnostics12112598>
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21(1), 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>

- Etheridge, J., & Slade, P. (2017). "Nothing's actually happened to me.": the experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1259-y>
- Fairbrother, N., Young, A. H., Janssen, P., Antony, M. M., & Tucker, E. (2015). Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry*, 15(1), 206. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0526-6>
- Feitor, S. (2020). Felicidade no trabalho e eventos potencialmente traumáticos: Um estudo com enfermeiros Açorianos [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/36080>
- Fernandes, M. G. F. M. (2021). Stress pós-traumático e estratégias de ajustamento psicológico em pessoas devido à infeção pelo SARS-CoV-2 [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/39314>
- Firmino, M. J. de A. C. de S. (2015). Testes de hipóteses: uma abordagem não paramétrica [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências]. <http://hdl.handle.net/10451/18146>
- Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2017). Depressão Pós-Parto. In PROPSICO: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde - Ciclo 1. Artmed Panamericana Editora. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/45085>
- Fonseca, C. C. da. (2011). Crescimento pós-traumático: o impacto de falar sobre os aspectos positivos de uma experiência traumática [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia]. <http://hdl.handle.net/10451/4937>
- Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação. Lusodidacta.
- Fowers, B. J., & Olson, D. H. (1989). ENRICH MARITAL INVENTORY: A DISCRIMINANT VALIDITY AND CROSS-VALIDATION ASSESSMENT. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15(1), 65-79. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1989.tb00777.x>
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Knoph, C., Simonsen, T. B., Torgersen, L., & Eberhard-Gran, M. (2014). The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1), 191. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-191>
- Ghanbari-Homaie, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Asghari-Jafarabadi, M., Meedya, S., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2023). Persian version of the support and control in birth questionnaire among Iranian women. *Journal of Education and Health Promotion*, 12, 191. http://doi.org/10.4103/jehp.jehp_322_22

- Ghanbari-Homayi, S., Fardiazar, Z., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Asghari-Jafarabadi, M., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2019). Predictors of traumatic birth experience among a group of Iranian primipara women: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2333-4>
- Gökçe İsbir, G., İnci, F., Kömürcü Akik, B., Abreu, W., & Thomson, G. (2022). Birth-related PTSD symptoms and related factors following preterm childbirth in Turkey. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03805-5>
- Gökçe İsbir, G., Yılmaz, M., & Thomson, G. (2022). Using an emotion-focused approach in preventing psychological birth trauma. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1170-1176. <https://doi.org/10.1111/ppc.12867>
- Gonçalves, D. S. (2021). Stress pós-traumático e comorbilidades em profissionais de saúde após infecção pelo SARS-CoV-2 [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/39315>
- Haga, S. M., Drozd, F., Lisøy, C., Wentzel-Larsen, T., & Slinning, K. (2019). Mamma Mia - A randomized controlled trial of an internet-based intervention for perinatal depression. *Psychological Medicine*, 49(11), 1850-1858. <http://doi.org/10.1017/S0033291718002544>
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Donate Manzanares, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2019). Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *Journal of Affective Disorders*, 249, 143-150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.042>
- Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 23, 23-41. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27419066003>
- Horsch, A., Tolsa, J.-F., Gilbert, L., du Chêne, L. J., Müller-Nix, C., & Graz, M. B. (2016). Improving Maternal Mental Health Following Preterm Birth Using an Expressive Writing Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(5), 780-791. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0611-6>
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic Growth: Three Explanatory Models. *Psychological Inquiry*, 15(1), 30-34. <http://www.jstor.org/stable/20447198>
- Jobst, A., Krause, D., Maiwald, C., Härtl, K., Myint, A.-M., Kästner, R., Obermeier, M., Padberg, F., Brücklmeier, B., Weidinger, E., Kieper, S., Schwarz, M., Zill, P., & Müller, N. (2016). Oxytocin course over pregnancy and postpartum period and the association with postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 571-579. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0644-2>

- 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). <http://doi.org/10.3390/ijerph20042775>
- Lapp, L. K., Agbokou, C., Peretti, C.-S., & Ferreri, F. (2010). Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 31(3), 113-122. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2010.503330>
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion* (B. Tucker & H. Song, Eds.). Springer Publishing Company.
- Liu, Y., Zhang, L., Guo, N., & Jiang, H. (2021). Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*, 21(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03432-7>
- Mahmoodi, Z., Dolatian, M., Shaban, Z., Shams, J., Alavi-Majd, H., & Mirabzadeh, A. (2016). Correlation between Kind of Delivery and Posttraumatic Stress Disorder. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 6, 356-361. http://doi.org/10.4103/amhsr.amhsr_397_15
- Margaux Chabbert, J. W., Danaé Panagiotou. (2021). Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: a systematic review of the literature. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(1), 43-66. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1748582>
- Martinez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth*, 48(3), 406-415. <https://doi.org/10.1111/birt.12550>
- Martinez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *Journal of Personalized Medicine*, 11(5), 338. <http://doi.org/10.3390/jpm11050338>
- Martins, M. E. G. (2014). Coeficiente de correlação amostral. *Revista de Ciência Elementar*, 2(2). <http://doi.org/10.24927/rce2014.042>
- Mayopoulos, G. A., Ein-Dor, T., Dishy, G. A., Nandru, R., Chan, S. J., Hanley, L. E., Kaimal, A. J., & Dekel, S. (2021). COVID-19 is associated with traumatic childbirth and subsequent mother-infant bonding problems. *Journal of Affective Disorders*, 282, 122-125. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.101>

Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions theory - Middle-range and situation-specific Theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 491-509. <https://doi.org/10.1348/135910706X120627>

Nishi, D., & Usuda, K. (2017). Psychological growth after childbirth: an exploratory prospective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 38(2), 87-93. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1233170>

Nogueira, V., Marques, M., Roque, C., & Pereira, A. T. (2014). Ansiedade perinatal. In *Saúde Mental Perinatal* (pp. 77-99). LIDEL.

Noy, A., Taubman-Ben-Ari, O., & Kuint, J. (2015). Well-Being and Personal Growth in Mothers of Full-Term and Pre-Term Singletons and Twins. *Stress and Health*, 31(5), 365-372. <https://doi.org/10.1002/smi.2560>

Nunes, L. (2020). Aspectos éticos na investigação em enfermagem. IPS, ESS, Departamento de Enfermagem. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>

Oddo-Sommerfeld, S., Schermelleh-Engel, K., Konopka, M., La Rosa, V. L., Louwen, F., & Sommerlad, S. (2022). Giving birth alone due to COVID-19-related hospital restrictions compared to accompanied birth: psychological distress in women with caesarean section or vaginal birth - a cross-sectional study. *Journal of Perinatal Medicine*, 50, 539-548. <http://doi.org/10.1515/jpm-2021-0368>

O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creedy, D. K., Dawe, S., & Devilly, G. J. (2014). Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*, 30(8), 935-941. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.011>

Oh, W., Muzik, M., McGinnis, E. W., Hamilton, L., Menke, R. A., & Rosenblum, K. L. (2016). Comorbid trajectories of postpartum depression and PTSD among mothers with childhood trauma history: Course, predictors, processes and child adjustment. *Journal of Affective Disorders*, 200, 133-141. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.037>

O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258-1269. <https://doi.org/10.1002/jclp.20644>

Orovou, E., Theodoropoulou, I. M., & Antoniou, E. (2021). Psychometric properties of the Post Traumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) in Greek women after cesarean section. *PLOS ONE*, 16(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255689>

Parfitt, Y. M., & Ayers, S. (2009). The effect of post-natal symptoms of post-traumatic stress and depression on the couple's relationship and parent-baby bond. *Journal of*

Reproductive and Infant Psychology, 27(2), 127-142.
<https://doi.org/10.1080/02646830802350831>

Pereira, A. T., & Macedo, A. F. (2014). *Psiquiatria Perinatal - Perspetiva histórica e aspetos nosológicos*. In *Saúde Mental Perinatal* (pp. 3-25). LIDEL.

Persson, A., Lindmark, S., Petersson, K., Gabriel, E., Thorsell, M., Lindström, K., Göransson, M., Cardell, G., & Magnusson, Å. (2020). Potentially traumatic events, fear of childbirth and posttraumatic stress disorder during pregnancy in Stockholm, Sweden: A cross-sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 25.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100516>

Porat-Zyman, G., Taubman Ben-Ari, O., Kuint, J., & Morag, I. (2019). Personal Growth 4 Years After Premature Childbirth: The Role of Change in Maternal Mental Health. *Journal of Happiness Studies*, 20(6), 1739-1750. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0012-1>

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2008). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gravida.

Radoš, S. N., Matijaš, M., Anđelinović, M., Čartolovni, A., & Ayers, S. (2020). The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *Journal of Affective Disorders*, 268, 134-140. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.006>

Regulamento n.º 515/2018 de 7 de Agosto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República* n.º 151/2018, Série II. Acedido a 02 de Outubro de 2023. Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/515-2018-115932570>

Rose, S. C., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>

Rose, & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>

Rowe-Murray, H. J., & Fisher, J. R. W. (2001). Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(10), 1068-1075. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2001.00242.x>

Rozen, G., Taubman Ben-Ari, O., Strauss, T., & Morag, I. (2018). Personal Growth of Mothers of Preterms: Objective Severity of the Event, Subjective Stress, Personal Resources, and Maternal Emotional Support. *Journal of Happiness Studies*, 19(7), 2167-2186. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9915-5>

- Rudland, J. R., Golding, C., & Wilkinson, T. J. (2020). The stress paradox: how stress can be good for learning. *Medical Education*, 54(1), 40-45. <https://doi.org/10.1111/medu.13830>
- Sawyer, A., Ayers, S., Young, D., Bradley, R., & Smith, H. (2012). Posttraumatic growth after childbirth: A prospective study. *Psychology & Health*, 27(3), 362-377. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.578745>
- Sawyer, A., Radoš, S. N., Ayers, S., & Burn, E. (2015). Personal growth in UK and Croatian women following childbirth: A preliminary study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 294-307. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.981801>
- Sebastião, M. da G. G. B. (2020). PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL MATERNA PERINATAL - Da Evidência Científica à construção de um Protótipo de Intervenção em Cuidados de Saúde Primários [Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. <http://web.esenfc.pt/?url=VGWT0VRM>
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental Diagnósticos e Intervenções* (M. Néné & C. Sequeira, Eds.). Lidel.
- Serra, A. V. (2003). *O distúrbio de stress pós-traumático*. Vale & Vale.
- Sexton, M. B., Hamilton, L., McGinnis, E. W., Rosenblum, K. L., & Muzik, M. (2015). The roles of resilience and childhood trauma history: Main and moderating effects on postpartum maternal mental health and functioning. *Journal of Affective Disorders*, 174, 562-568. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.036>
- Shaban, Z., Dolatian, M., Shams, J., Alavi-Majd, H., Mahmoodi, Z., & Sajjadi, H. (2013). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Childbirth: Prevalence and Contributing Factors. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15, 177-182. <http://doi.org/10.5812/ircmj.2312>
- Shen, Y., Wang, S., Chen, J., & Wu, J. (2020). Development and validation of a Chinese version of the Eustress-Distress Psychological Response Scale. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 48(8), 1-10. <https://doi.org/10.2224/sbp.9183>
- Shiva, L., Desai, G., Satyanarayana, V. A., Venkataram, P., & Chandra, P. S. (2021). Negative Childbirth Experience and Post-traumatic Stress Disorder - A Study Among Postpartum Women in South India. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <http://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640014>
- Silva, S. M. T. (2021). *Experiências emocionais de enfermeiros após cuidarem de utentes infetados pelo vírus Sarscov-2: Um estudo qualitativo* [Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/39342>

Slade, P., West, H., Thomson, G., Lane, S., Spiby, H., Edwards, R., Charles, J., Garrett, C., Flanagan, B., Treadwell, M., Hayden, E., & Weeks, A. (2020). STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(7), 886-896. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16163>

Slade, Pauline, Molyneux, R., & Watt, A. (2021). A systematic review of clinical effectiveness of psychological interventions to reduce post traumatic stress symptoms following childbirth and a meta-synthesis of facilitators and barriers to uptake of psychological care. *Journal of Affective Disorders*, 281, 678-694. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.092>

Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(5), 672-680. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>

Sousa, H. L. M. de. (2012). A prática baseada em evidência: uma metodologia fundamental para os alunos de Enfermagem [Tese de Mestrado]. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde.

Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (2009). Parental Self-Efficacy and Stress-Related Growth in the Transition to Parenthood: A Comparison between Parents of Pre- and Full-Term Babies. *Health & Social Work*, 34(3), 201-212. <https://doi.org/10.1093/hsw/34.3.201>

Stjernholm, Y. V., Nyberg, A., Cardell, M., & Höybye, C. (2016). Circulating maternal cortisol levels during vaginal delivery and elective cesarean section. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 294(2), 267-271. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-3981-x>

Stramrood, C. A. I., Paarlberg, K. M., 't Veld, E. M. J. H. I., Berger, L. W. A. R., Ad J. J. M. Vingerhoets, W. C. M. W. S., & van Pampus, M. G. (2011). Posttraumatic stress following childbirth in homelike- and hospital settings. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(2), 88-97. <https://doi.org/10.3109/0167482X.2011.569801>

Stramrood, C., & Slade, P. (2017). A Woman Afraid of Becoming Pregnant Again: Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth. In K. M. Paarlberg & H. B. M. van de Wiel (Eds.), *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology: A Competency-Oriented Approach* (pp. 33-49). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-40404-2_2

Swain, J. E., Tasgin, E., Mayes, L. C., Feldman, R., Todd Constable, R., & Leckman, J. F. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery.

Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49(10), 1042-1052.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01963.x>

Tahan, M., Taheri, H., & Saleem, T. (2021). Review of psychological trauma: theory, practice, policy and research. *Rivista Di Psichiatria*, 56(2), 64-73.
<http://doi.org/10.1708/3594.35764>

Tang, W., Yan, Z., Lu, Y., & Xu, J. (2022). Prospective examination of adolescent emotional intelligence and post-traumatic growth during and after COVID-19 lockdown. *Journal of Affective Disorders*, 309, 368-374. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.129>

Taubman-Ben-Ari, O., Ben Shlomo, S., & Findler, L. (2012). Personal Growth and Meaning in Life Among First-Time Mothers and Grandmothers. *Journal of Happiness Studies*, 13(5), 801-820. 10.1007/s10902-011-9291-5

Taubman-Ben-Ari, O., Findler, L., & Kuint, J. (2010). Personal Growth in the Wake of Stress: The Case of Mothers of Preterm Twins. *The Journal of Psychology*, 144(2), 185-204. <https://doi.org/10.1080/00223980903472268>

Taubman-Ben-Ari, O., Skvirsky, V., Strauss, T., & Morag, I. (2019). Pre-term delivery, optimism and initial personal growth as predictors of mothers' long-term personal growth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(3), 277-289. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1554245>

Taubman-Ben-Ari, O., & Spielman, V. (2014). Personal Growth Following the First Child's Birth: A Comparison of Parents of Pre- and Full-Term Babies. *Social Work Research*, 38(2), 91-106. <https://doi.org/10.1093/swr/svu011>

Taylor Miller, P. G., Sinclair, M., Gillen, P., McCullough, J. E. M., Miller, P. W., Farrell, D. P., Slater, P. F., Shapiro, E., & Klaus, P. (2021). Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(11), 1-25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258170>

Tedeschi, R.G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic Growth: Theory, Research, and Applications*. Routledge.

Tedeschi, Richard G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01

Tripathy, P. (2020). A public health approach to perinatal mental health: Improving health and wellbeing of mothers and babies. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 49(6). <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2020.101747>

- Türkmen, H., Dİlçen, H. Y., & Özçoban, F. A. (2021). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: a prospective longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4), 422-434. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1792429>
- van Heumen, M. A., Hollander, M. H., van Pampus, M. G., van Dillen, J., & Stramrood, C. A. I. (2018a). Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 348. <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00348>
- van Heumen, M. A., Hollander, M. H., van Pampus, M. G., van Dillen, J., & Stramrood, C. A. I. (2018b). Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <http://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00348>
- Vázquez, C., Castilla, C., & Hervás, G. (2008). Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. In E. Fernández-Abascal (Ed.), *Las emociones positivas* (pp. 375-392). Pirámide.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012a). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010>
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012b). PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257-263. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010>
- Vossbeck-Elsebusch, A. N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, 14(1), 200. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-200>
- Wetherell, S. (2023). Investigating the impact of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) in reducing birth trauma symptoms. *Annals of Psychophysiology*, 9(2), 67-75. <https://doi.org/10.29052/2412-3188.v9.i2.2022.67-75>
- White, G. (2007). You cope by breaking down in private: fathers and PTSD following childbirth. *British Journal of Midwifery*, 15(1), 39-45. <https://doi.org/10.12968/bjom.2007.15.1.22679>
- Wilson, S., & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 167-180. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.10.007>

World Health Organization, Regional Office for Europe. (2000). Definitions and indicators in Family Planning Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/108284>

Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth*, 37(4), 275-279. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x>