



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

SAÚDE MENTAL PERINATAL, SINTOMATOLOGIA DE DISTRESS E
TRAUMA RELACIONADO COM O PARTO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ana Rita Poças Santos

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

SAÚDE MENTAL PERINATAL, SINTOMATOLOGIA DE DISTRESS
E TRAUMA RELACIONADO COM O PARTO

PERINATAL MENTAL HEALTH, SYMPTOMATOLOGY OF DISTRESS
AND TRAUMA RELATED TO CHILDBIRTH

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Wilson Abreu
e coorientada pela Professora Doutora Júlia Martinho

Ana Rita Poças Santos

Porto, 2023

“Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara”

José Saramago

AGRADECIMENTOS

Ao professor doutor Wilson Abreu e à professora doutora Júlia Martinho.

Aos meus amigos e colegas.

À minha família, por o ser no verdadeiro significado da palavra.

Aos meus pais, por serem porto seguro e o apoio de sempre.

Ao Pedro, pela paciência, conforto e carinho no fim de cada dia, todos os dias.

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - *American Psychological Association*

CBTS - *City Birth Trauma Scale*

CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde

COVID-19 – Doença por coronavírus

CPT – Crescimento Pós-traumático

df- graus de liberdade

DGS - Direção-Geral da Saúde

DSM-5 - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ERRI - *Event Related Rumination Inventory*

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

et al. – E outros

F - Oneway ANOVA

ICN - *International Council of Nurses*

ICNP - *International Classification for Nursing Practice*

IES - *Impact of Event Scale*

MINI-PTSD - *Mini International Neuropsychiatric Interview for PTSD*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p - Nível de significância

PTGI - Inventário de Crescimento Pós-Traumático

QV – Qualidade de Vida

sig. - Significância estatística

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

SPT - Stress Pós-Traumático

TSPT - Transtorno de Stress Pós-traumático

WHOQOL - *World Health Organization Quality Of Life*

RESUMO

O parto corresponde a um evento de vida importante e desafiador que, por envolver alterações fisiológicas e emocionais, é considerado tanto feliz como altamente stressante. Existem fatores já estudados que interferem com esta vivência: características pessoais, experiências anteriores, gravidez, particularidades do momento do parto. Porém, quando algo entendido como traumático acontece, a qualidade de vida e a saúde mental da mulher podem ser afetadas por uma resposta de stress exacerbada e, possivelmente, pelo desenvolvimento de um transtorno de stress pós-traumático (TSPT). No entanto, mesmo uma situação de distress ou a presença deste diagnóstico podem originar crescimento pós-traumático (CPT) e promover uma mudança positiva na vida da pessoa envolvida.

Esta investigação, realizada no âmbito de um projeto *major* europeu em curso no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS)/Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), pretende estudar em que medida a ocorrência de um evento traumático associado ao parto pode desencadear uma resposta de stress e um diagnóstico de TSPT. Trata-se de um estudo quantitativo, correlacional e transversal, cuja amostra é constituída por 217 mulheres que viveram um parto traumático, selecionadas através da técnica de amostragem não probabilística por redes. Para a recolha de dados utilizou-se o protocolo do projeto: questionário sociodemográfico, *City Birth Trauma Scale (CBTS)* - Ayers *et al.*, 2018 - e o *Event Related Rumination Inventory (ERRI)* - Cann *et al.*, 2011. Após tratamento e análise dos dados foi perceptível que o nível de stress experienciado pelas participantes foi elevado, perdurou após o parto e interferiu com o quotidiano. Existiu uma prevalência elevada de sintomatologia de stress pós-traumático e de TSPT entre as mulheres que viveram um evento traumático associado ao parto; encontraram-se correlações positivas significativas entre os diferentes sintomas de stress pós-traumático e ambos os tipos de ruminação; percebeu-se que diferentes ocorrências traumáticas no momento do parto interferem de forma diferente na sintomatologia de stress pós-traumático; por outro lado, a paridade e o tipo de parto não apresentaram uma associação estatisticamente significativa com o diagnóstico de TSPT. Assim, tendo em conta as conclusões encontradas, realça-se a importância da adequação da intervenção dos enfermeiros junto de mulheres que experienciam um parto traumático. **Termos:** Transtornos de Stress Pós-Traumáticos, Trabalho de Parto, Trauma Psicológico, Enfermagem, Saúde mental

ABSTRACT

The childbirth corresponds to a significant and challenging life event that, due to involving physiological and emotional changes, is considered both joyous and highly stressful. There are already studied factors that interfere with this experience: personal characteristics, previous experiences, pregnancy, and specific aspects of the childbirth moment. However, when something understood as traumatic occurs, a woman's quality of life and mental health can be affected by an exacerbated stress response and possibly by the development of post-traumatic stress disorder (PTSD). Nevertheless, even a distressing situation or the presence of this diagnosis can also lead to post-traumatic growth (PTG) and promote positive change.

This research, conducted within the scope of an ongoing *major* European project at the Center for Research in Health Technologies and Services (CINTESIS)/School of Nursing of Porto (ESEP), aims to study to what extent the occurrence of a traumatic event associated with childbirth can trigger a stress response and a diagnosis of PTSD. It is a quantitative, correlational, and cross-sectional study, with a sample consisting of 217 women who experienced a traumatic childbirth, selected through non-probabilistic sampling by networks. Data collection used the project protocol: sociodemographic questionnaire, City Birth Trauma Scale (CBTS) - Ayers et al., 2018 - and the Event Related Rumination Inventory (ERRI) - Cann et al., 2011. After data processing and analysis, it was noticeable that the level of stress experienced by the participants was high, persisted after childbirth, and interfered with their daily lives. There was a high prevalence of post-traumatic stress symptoms and PTSD among women who experienced a traumatic event associated with childbirth; significant positive correlations were found between different symptoms of post-traumatic stress and both types of rumination; it was understood that different traumatic occurrences during childbirth interfere differently with post-traumatic stress symptomatology; on the other hand, parity and the type of childbirth did not show a statistically significant association with the diagnosis of PTSD. Thus, the importance of nurses' intervention in women experiencing traumatic childbirth is highlighted, taking into account the findings.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorders, Labor, Psychological ETrauma, Nursing, Mental health

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	19
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	21
1. O parto: problemáticas físicas, psicológicas e socioculturais	21
1.1. Vivências do parto: o que dizem as evidências	21
1.2. Experiências traumáticas vivenciadas pelas mulheres	23
1.3. Trauma, Qualidade de vida e Saúde Mental	27
2. Parto e Stress Pós-Traumático	30
2.1. Experiências de distress associado ao parto	31
2.2. Stress pós-traumático e transtorno de SPT.....	32
2.3. Crescimento pós-traumático.....	36
2.4. Intervenções de enfermagem: evidências de investigação	39
ESTUDO EMPÍRICO	45
1. Metodologia.....	45
1.1. Questão de Investigação	45
1.2. Objetivos do Estudo	46
1.3. Hipóteses de Investigação	47
1.4. Variáveis do Estudo	48
1.5. Tipo de Estudo.....	49
1.6. População e Amostra	49
1.7. Instrumentos de Recolha de Dados	51
1.8. Procedimentos Legais e Éticos	54
1.9. Tratamento de Dados.....	56

2. Apresentação dos resultados	57
2.1. Análise Descritiva	58
2.2. Análise Inferencial.....	63
3. Discussão	69
CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
ANEXOS	107
Anexo I – Diagnóstico de TSPT segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)	
Anexo II - Questionário sociodemográfico	
Anexo III - <i>City Birth Trauma Scale</i> (Versão Portuguesa)	
Anexo IV - <i>Event Related Rumination Inventory</i> (Versão Portuguesa)	
Anexo V – Tabelas de correlação de <i>Pearson</i> entre a sintomatologia de TSPT e a ruminação	
Anexo VI – Comparação de valores relativos ao stress pós-traumático consoante o tipo de evento experienciado no parto e aplicação do teste Oneway ANOVA para análise da variância ³¹	
Anexo VII – Tabela do qui-quadrado de <i>Pearson</i> para associação entre a paridade e o diagnóstico de TSPT ³⁹	
Anexo VIII – Tabela do qui-quadrado de <i>Pearson</i> para associação entre o tipo de parto e o diagnóstico de TSPT	

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 Características sociodemográficas das participantes	59
TABELA 2 Características clínicas das participantes	61
TABELA 3 Análise descritiva dos resultados obtidos na CBTS	62
TABELA 4 Identificação do diagnóstico de TSPT	62
TABELA 5 Análise descritiva dos dados obtidos no ERRI	62
TABELA 6 Coeficientes da correlação de Pearson entre a sintomatologia de TSPT e a ruminação	64
TABELA 7 Comparação de valores relativos ao stress pós-traumático consoante o tipo de evento experienciado no parto e aplicação do teste Oneway ANOVA para análise da variância	66
TABELA 8 Tabulação cruzada da paridade e diagnóstico de TSPT	67
TABELA 9 Teste Qui-quadrado de Pearson para associação entre a paridade e o diagnóstico de TSPT	68
TABELA 10 Tabulação cruzada do tipo de parto vivido e diagnóstico de TSPT	68
TABELA 11 Teste Qui-quadrado de Pearson para associação entre o tipo de parto e o diagnóstico de TSPT	69

INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da ESEP, e integrada na unidade curricular de Dissertação do ano letivo 2022/2023, sob orientação científica do Professor Doutor Wilson Correia de Abreu e coorientação da Professora Doutora Júlia Martinho. Este estudo encontra-se associado a um projeto *major* (“*Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma: Maximising best practice and optimal outcomes (DEVotion)*”), em curso na unidade de Investigação do CINTESIS/ESEP, sendo o Professor Doutor Wilson Abreu o investigador responsável. O projeto em questão tem como objetivos: caracterizar as experiências das mulheres após um parto traumático e a prevalência de stress pós-traumático (SPT); examinar os preditores clínicos e comportamentais da ocorrência de SPT numa amostra de mulheres após um parto traumático; investigar a relação entre várias formas de enfrentamento cognitivo, ruminação, crescimento pós-traumático e os componentes da qualidade de vida; investigar a possibilidade de diferentes eventos traumáticos poderem ter diferentes impactos na sintomatologia pós-traumática, dependendo do tipo de evento; e avaliar a eficácia de um Programa Integrado de Intervenção em pessoas com Stress Pós-Traumático, decorrente de um parto traumático.

O trabalho que aqui se apresenta, intitulado “Saúde mental perinatal, sintomatologia de distress e trauma relacionado com o parto”, tem como questão de investigação: “Em que medida a vivência de acontecimentos percebidos como traumas pela mulher durante o parto pode estar na origem de sintomatologia de distress e de stress pós-traumático?” Pretende-se, desta forma, contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no sentido de atuar junto de mulheres que vivenciam acontecimentos traumáticos associados ao parto; e contribuir para a definição de estratégias e intervenções assistenciais, no sentido de melhorar a ação do enfermeiro especialista, na gestão de sinais e sintomas psicopatológicos e/ou de stress pós-traumático neste tipo de população. O presente estudo seguiu uma abordagem quantitativa, de carácter correlacional e transversal e a amostra encontrada é constituída por 217 mulheres, maiores de idade, que experienciaram trauma associado ao parto. Para alcançar as finalidades acima descritas, propõem-se os seguintes objetivos:

a) caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo;

- b) avaliar o nível de stress percebido após a vivência de acontecimentos percebidos como traumas;
- c) avaliar a presença de stress pós-traumático nas participantes do estudo;
- d) avaliar a relação entre stress pós-traumático e os estilos de ruminação desenvolvidos pelas participantes;
- e) identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às mulheres que vivenciaram sintomatologia de stress e de stress pós-traumático.

Relativamente à estrutura da dissertação, esta encontra-se dividida em três capítulos centrais. O primeiro, correspondente ao enquadramento teórico, é de carácter conceptual e aborda literatura relativa à temática em análise, nomeadamente sobre o parto, o trauma, a qualidade de vida, a saúde mental, o distress associado ao parto, o stress pós-traumático e o transtorno de stress pós-traumático, o crescimento pós-traumático e a intervenção de enfermagem. No segundo capítulo decorre a fase empírica do estudo que envolve a descrição da metodologia do estudo: a questão de investigação, os objetivos do estudo, as hipóteses de investigação, as variáveis em estudo, o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos legais e éticos e o tratamento de dados; a apresentação dos resultados onde é realizada a análise descritiva e inferencial dos resultados; e a discussão com triangulação dos dados obtidos. Por fim, no terceiro capítulo, procede-se à conclusão, analisam-se as principais limitações, debatem-se futuras investigações e exploram-se algumas implicações para a prática clínica.

A redação deste relatório foi orientada pelas normas da dissertação e pelo guia de trabalhos escritos da instituição de ensino, vigentes no ano de 2023.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. O parto: problemáticas físicas, psicológicas e socioculturais

O parto é, além de um momento biológico, um acontecimento marcante na vida humana, pelo que assume uma importância extrema. A sua vivência varia de acordo com fatores biopsicossociais do indivíduo, mas também com os que são inerentes ao próprio momento do parto. É um evento que pode adquirir um significado positivo mesmo quando envolve algum stress ou trauma. Desta forma é pertinente relembrar o valor da saúde mental da mulher nesse período.

1.1. Vivências do parto: o que dizem as evidências

É expectável que a gestação de um ser termine com o nascimento de um bebé saudável. Durante esse período a mulher vai antecipando o momento do parto, sob influência de diversos fatores relacionados com a cultura e sociedade à qual pertence, mas também dimensões de ordem individual como as experiências de cada mulher ou de pessoas próximas (Pacheco *et al.*, 2005). No entanto esse momento é aguardado com alguma expectativa, uma vez que há questões sempre presentes e universalmente reconhecidas na experiência do parto, como a elevada preocupação com a dor e com a morte associadas ao parto (Almeida *et al.*, 2012). Assim, a mulher vai construindo suposições, quer positivas quer negativas, nomeadamente em relação à sua capacidade para lidar com a situação (Lopes *et al.*, 2005), gerando sentimentos como a preocupação, a ansiedade e o medo (Pacheco *et al.*, 2005) que podem interferir na experiência emocional do parto.

Segundo o *browser* do International Classification for Nursing Practice (ICNP) (International Council Of Nurses, 2019), o trabalho de parto corresponde aos “processos perinatais desde o início da dilatação do colo do útero até à expulsão da placenta”.

Lowdermilk (2008) defende que diversos fatores influenciam este momento: o feto e a placenta, o canal de parto, as contrações uterinas, a posição da mãe e as reações psicológicas.

Meleis *et al.* (2000, p.13) destacaram que todas as “mudanças na saúde e na doença dos indivíduos criam um processo de transição”, tornando-os mais vulneráveis. Porém os autores relembaram que, apesar das transições serem um resultado das mudanças, também potenciam alterações na vida, saúde, relações e no contexto dos sujeitos. O nascimento de um filho é uma dessas mudanças em que a dinâmica da mulher sofre alterações pessoais e familiares: desde transformações físicas a grandes modificações emocionais e psicológicas (Janeiro, 2013). Desta forma, tanto a gravidez como o trabalho de parto são experiências com um intenso sentido pessoal e cultural para as mulheres e para as suas famílias, acarretando felicidade, mas também alguma vulnerabilidade emocional (Abuya *et al.*, 2015), uma vez que se desenrola um processo físico, psicológico, social e cultural tão abrupto que ocorrem mudanças intensas e variadas (Santos e Silva, 2007) na mulher, na sua vida e no seu comportamento. A complexidade deste momento tem origem nesta diversidade de respostas emocionais que ele origina (Olde *et al.*, 2006).

Assim, ainda que o momento do parto seja algo positivo, torna-se também emocionalmente desgastante e stressante, podendo afetar a qualidade de vida da mulher, a sua funcionalidade, sociabilidade e produtividade económica (Rai *et al.*, 2015). Por esta razão, compreende-se que este momento de vida, recordado pela mulher ao longo e para o resto da sua vida (Lopes *et al.*, 2005), além de todas as outras características, é bastante desafiador (Sawyer e Ayers, 2009).

A evidência científica indica que, cada vez mais, as mulheres identificam o momento do parto como difícil (Gopalan *et al.*, 2022) por razões como a dor sentida, as emoções e pensamentos vividos, a ausência de controlo e de noção temporo-espacial (Olza *et al.*, 2018). Contudo, esta avaliação depende, em parte, de experiências de momentos de dor física e psíquica, que marcaram a construção psicológica e social da pessoa (Frias e Franco, 2010), de fatores demográficos, obstétricos e psicossociais (Vesel e Nickasch, 2015), antecipação e preparação do parto (Frias e Franco, 2010), tipo de parto (Bossano *et al.*, 2017), participação da mulher nas decisões (Olde *et al.*, 2006), expectativas prévias (Webb *et al.*, 2021), suporte de figuras significativas (Vischer *et al.*, 2020) e atitudes dos profissionais de saúde (Bohren *et al.*, 2015) sendo que, para muitas delas, é o primeiro confronto com um internamento hospitalar (Vischer *et al.*, 2020). A presença de uma pessoa que disponibilize suporte emocional, a proximidade com o bebé a seguir ao parto e o uso de anestesia local no parto por cesariana são destacados como aspetos importantes para uma experiência de parto positiva e de bem-estar físico e emocional da mulher (Fernandes *et al.*, 2021).

Verificou-se ainda que mulheres cujas solicitações de parto são cumpridas ficam mais satisfeitas com a experiência do nascimento (Mei *et al.*, 2016). Também aquelas que utilizam as suas próprias estratégias de enfrentamento perante o stress vivido e confiam nas suas capacidades apresentam percepções mais positivas do parto (Olza *et al.*, 2018).

Existem inúmeras consequências deste momento de acordo com a vivência de cada mulher, sendo importante destacar que uma experiência de parto positiva origina melhorias na autoestima e autoeficácia na mulher, trazendo benefícios para o estado emocional da mulher durante o pós-parto (Lundgren *et al.*, 2009).

1.2. Experiências traumáticas vivenciadas pelas mulheres

Devido a toda a tensão psíquica e corporal, ao medo e ao cansaço sentidos durante o momento do parto é passível de ocorrer uma situação de descontrolo (Frias, 2011). Dado o parto ser uma experiência intensa é frequente existir este medo, tanto pela mulher como pelo bebé, devido à possibilidade de ambos sofrerem alguma lesão ou de até mesmo morrerem (Brandão *et al.*, 2020). Esta é uma possibilidade real: anualmente, cerca de 1,5 milhões de mulheres em todo o mundo sofrem complicações obstétricas graves que ameaçam a sua sobrevivência, durante o trabalho de parto (Filippi *et al.*, 2006).

De acordo com Beck e Watson (2016, p.265), a vivência de parto, que pode ocorrer em qualquer momento da gravidez, é traumática quando a mulher tem a percepção de “uma ameaça de lesão, lesão real ou de morte para si ou para o bebé e/ou receber cuidados desumanizados e indignos”. Os cuidados desapropriados, referidos pelos autores, traduzem-se numa violação dos direitos humanos, algo que a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou, em 2014, como qualquer ato desrespeitoso e abusivo durante o parto – incluindo cuidados físicos, abuso verbal, recusa de cuidados e medicamentos, e procedimentos médicos coercivos ou não consentidos. Estes cuidados, prestados pelos profissionais de saúde, influenciam toda a experiência de parto para o resto da vida. Também Bowser e Hill (2010) identificaram sete categorias de comportamentos inadequados nos cuidados de saúde: abuso físico (como relatos de beliscar, espancar ou amarrar as mulheres, realizar procedimentos invasivos sem alívio da dor: episiotomias e cesarianas, uso de força excessiva durante exames vaginais ou trabalho de parto), cuidados de saúde não consentidos (realizar laqueação, cesariana ou histerectomia sem consentimento da mulher ou

familiares), cuidados não confidenciais (ausência de privacidade física, divulgação de informações privadas sobre a mulher), cuidado não dignos (gritar ou repreender, ameaçar suspender o tratamento, comentários pejorativos), discriminação (tratar de forma diferente por alguma característica da mulher), abandono (ignorar ou abandonar as mulheres estas precisam de ajuda ou no trabalho de parto) e detenção em instituições de saúde. Santos e Souza (2015) realçam que a violência vivida pelas mulheres em instituições de saúde pode ser de diferentes tipos: negligência (omissão), violência verbal (tratamento bruto, repreensivo, humilhante ameaçador), violência física (agressões) e violência sexual (violação ou abuso). Vários estudos enfatizam a persistência destes maus-tratos a mulheres durante o parto, ao longo do tempo e espaço (Burrowes *et al.*, 2017).

A presença destes acontecimentos durante o trabalho de parto, resultantes de falhas sistêmicas, atitudes e crenças profundas dos profissionais de saúde (Bohren *et al.*, 2015) pode estar associada a partos traumáticos (Reed *et al.*, 2017). Infelizmente, parte da violência obstétrica mantém-se globalmente invisível por ser entendida como parte do contexto, acabando por ser aceite socialmente (Sadler *et al.*, 2016). Algumas mulheres descrevem estes momentos como experiências de impotência, em que são ignoradas e tratadas sem cuidado ou empatia por parte dos profissionais (Swahnberg *et al.*, 2007).

Existe pesquisa sobre esta vivência menos positiva do parto, que aponta para percentagens assustadoras: O'Donovan *et al.* (2014) e também Graaff *et al.* (2018) identificaram que entre 9% a 50% das mulheres experienciam o parto como negativo ou traumático; já Matos *et al.* (2021) referem que 20% a 48% das mulheres sofrem partos traumáticos. Bohren *et al.* (2015) notificaram que, nos últimos anos, têm sido participados comportamentos inadequados para com as mulheres, narrados como violência, abuso e discriminação. Já em 2008, Thomson e Downe tinham recolhido relatos de mulheres que descreveram os cuidados prestados pelos profissionais de saúde durante o trabalho do parto como bárbaros, intrusivos, horríveis e degradantes.

Ainda que, espontaneamente, se associe o trauma ao parto apenas quando deste decorrem complicações clínicas, um parto normal também pode ser vivido como traumático, pois esta experiência depende da perceção da pessoa que o vivencia (Thomson e Downe, 2008).

Com base em diferentes autores foram identificados vários fatores que podem tornar um parto traumático: além de características relativas à mãe anteriores ao momento do nascimento do filho, reconhece-se a importância das particularidades do trabalho de parto. Necessitar de

intervenções obstétricas e/ou cesariana de emergência, sofrer um parto prematuro ou de alto risco, receber cuidados inadequados, ter dor, a sensação de falta de controlo e pouco suporte prático e emocional (Hollander *et al.*, 2017; Vesel e Nickasch, 2015) são situações que potenciam uma experiência de parto traumático. A revisão sistemática Ayers *et al.* (2016) cita como fatores de risco para um trauma associado ao parto a história anterior de psicopatologia como o autor anterior, idades superiores (Smarandache *et al.*, 2016), uma gravidez patológica, sentimentos negativos associados ao nascimento e partos instrumentados.

Henriksen *et al.* (2017) identificaram que variáveis como as expectativas da mulher, a disponibilidade e qualidade dos cuidados prestados, o apoio recebido, o relacionamento e comunicação com o profissional de saúde, o seu envolvimento na tomada de decisão, as complicações inesperadas, a dor e a falta de controlo são capazes de influenciar a experiência de parto.

O tipo de parto, o ambiente durante o nascimento, a necessidade de se deslocar para outro local para o parto, a assistência do médico de família durante o nascimento, a necessidade de internamento do recém-nascido em unidades de cuidados intensivos são fatores destacados por Dzakpasu *et al.* (2008) por afetarem a vivência do nascimento.

Verificam-se também inúmeras queixas de mulheres em relação à falta de informação sobre os procedimentos a que foram submetidas, à privação de alimentação ou deambulação, ao uso frequente de oxitocina para acelerar o trabalho de parto, à realização de episiotomia sem o seu consentimento (Bohren *et al.*, 2015), ao exame manual do útero sem alívio prévio da dor e exames vaginais coletivos para estágio de profissionais de saúde (Pope, 2017). Todas estas atitudes dos profissionais de saúde consistem em práticas de violência obstétrica.

A realização de episiotomia é utilizada, muitas vezes sem permissão ou qualquer explicação prévia sobre o procedimento e a sua necessidade (Begley *et al.*, 2018), apesar de ser uma prática reconhecida como não benéfica (Zaami *et al.*, 2019). Este procedimento consiste num corte cirúrgico no tecido localizado entre a vagina e o ânus, realizado antes do momento da expulsão no parto, de forma a permitir uma maior abertura. Pode ter como consequências físicas o aumento da perda sanguínea, dor, inflamação, infeção da área lacerada (Zaami *et al.*, 2018), deiscência da ferida (Alperin *et al.*, 2008) e ainda lesão do esfíncter, além de todas as repercussões psicológicas.

A dor é uma das dimensões mais preponderantes da experiência de parto. Resulta dos múltiplos processos fisiológicos associados a fatores psicossociais e, por isso, pode variar de pessoa para pessoa (Jones *et al.*, 2012). A analgesia epidural, que começou a ser utilizada nos anos 60, é bastante utilizada para controlar a dor durante o parto (Anim-Somuah *et al.*, 2018), sendo que também se recorre a anestesia em caso de necessidade, a opióides administrados através de diferentes vias, a acupuntura (Abbas *et al.*, 2018), a massagem perineal e a compressas quentes ou frias. A primeira opção é o método com melhor efeito para o bem-estar fetal e materno (Nakamura *et al.*, 2009), pois permite o relaxamento e disponibilidade da mulher para colaborar com os profissionais de saúde. Desencadeia menos medo, maior autocontrole e autoconfiança na relação com o bebê (Moraes, 2016). Anim-Somuah *et al.* (2018) verificaram ainda que a analgesia epidural pode ser mais eficaz na diminuição da dor e no aumento da satisfação materna do que os métodos não epidurais.

Conforme a evidência científica vem corroborando, também o tipo de parto influencia toda essa experiência. Existe uma grande relação entre o parto por cesariana e uma menor satisfação com a experiência do parto, isto porque, muitas vezes, originam complicações obstétricas inesperadas, sentimentos de perda, medo e dor física (Schytt e Waldenström, 2007). Por outro lado, a investigação apresenta elevados níveis de satisfação quando o tipo de parto que vivência é aquele que a mulher desejava (Bossano *et al.*, 2017), independentemente de ser eutócico ou distócico.

Igualmente a doença por coronavírus (COVID- 19) trouxe desafios e mudanças globais com impacto na saúde mental das parturientes (Salari *et al.*, 2020). Entendeu-se que fatores específicos da vivência da pandemia como o apoio social reduzido, restrições no parto e cuidados de saúde materna prestados virtualmente (Horsch *et al.*, 2020) contribuíram para uma alta prevalência de depressão, ansiedade e sintomas de stress pós-traumático nas mães no período perinatal, durante o período de COVID-19 (Davenport *et al.*, 2020).

A relação estabelecida com os profissionais de saúde reflete-se nas emoções associadas a este momento do parto e uma grande parte das mulheres continua a reportar falta de apoio e atitudes rudes por parte destes atores da saúde (Arsenijevic, 2015).

Também a presença de uma pessoa significativa durante o trabalho de parto, que providencie apoio emocional neste evento tão marcante na vida de ambos, é preponderante nesta vivência. Quando essa assistência não é possível, pode tornar-se um momento crítico para a mulher.

Por outro lado, da divergência entre as expectativas e desejos dos pais e a realidade do momento podem identicamente emergir experiências traumáticas que afetam mulheres e homens. O efeito da experiência traumática, a curto e a longo prazo, na relação entre os pais e na relação da mãe com o recém-nascido é clinicamente significativo: no casal as alterações na sexualidade, toque e comunicação são frequentes (Nicholls e Ayers, 2007); e no vínculo mãe-bebê podem surgir situações como rejeição, eviçã ou ansiedade no contacto (Ayers *et al.*, 2006).

Diferentes experiências negativas influenciam, de formas diferentes, a construção da pessoa. Uma vivência de parto dolorosa pode ser lembrada de forma precisa durante muito tempo após o parto, por isso tem um impacto psicológico enorme na mulher ao gerar emoções negativas e promover a diminuição da autoconfiança (Morais, 2016). O trauma e o distress associados a este momento pode ainda causar sofrimento psicológico, medo intenso ou sensação de desamparo para a parturiente e aumentar o risco de desenvolver transtorno de ansiedade, depressão e até stress pós-traumático associado a sentimentos de abandono e culpa (Elmir *et al.*, 2010; Vesel e Nickasch, 2015; Olde *et al.*, 2006). Sentimentos de perda, preocupação, emoções como tristeza, raiva (Olde *et al.*, 2006) e ideação suicida (Lindahl *et al.*, 2005) estão também descritos na literatura como produto de partos traumáticos ou stressantes.

Todas as manifestações referidas afetam negativamente futuras gestações e partos (Fenech e Thomson, 2014), verificando-se que grande parte das mulheres com experiência de parto negativa acabaram por não ter mais filhos (Polachek *et al.*, 2012). As consequências físicas, sociais, financeiras e psicológicas de um evento traumático como este tornam as sujeitas mais vulneráveis e instáveis e podem verificar-se até 1 ano após parto (Filippi *et al.*, 2007).

Como vemos, a experiência de parto é, muitas vezes, relatada como uma experiência difícil por diversas razões, acabando por desencadear repercussões marcantes e por influenciar negativamente o ajustamento emocional da mulher no puerpério e na relação com o bebê (Vesel e Nickasch, 2015).

1.3. Trauma, Qualidade de vida e Saúde Mental

Bisson (2007) explica que um incidente crítico ou potencialmente traumático corresponde a uma circunstância específica, muitas vezes inesperada, percebida pelo sujeito como uma ameaça à

sua saúde física e psicológica, assim como ao seu bem-estar. Um evento traumático é também definido como o resultado de “um evento, série de eventos ou conjunto de circunstâncias que é vivenciado por um indivíduo como física ou emocionalmente prejudicial ou ameaçador à vida e que tem efeitos adversos duradouros no funcionamento do indivíduo e no seu bem-estar mental, físico, social, emocional ou espiritual.” (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014, p.7).

Qualquer acontecimento traumático provoca a alteração do estado emocional em que a pessoa se encontra e interfere na percepção do suporte pessoal e social que cada indivíduo possui para ultrapassar o evento e as suas consequências. Assim, quando os mecanismos habituais para gestão da situação não são suficientes ou estão sobrecarregados, os indivíduos acabam por desenvolver uma sensação de perda de controlo, que contribui para a vivência de stress intenso, (Bezerra *et al.*, 2012), ficando a saúde física e psicológica da pessoa em risco. Quando é experienciado algo como um acidente ou uma ameaça à sua integridade física é expectável que as suas repercussões perdurem durante algum tempo (dias a meses) (Marcelino e Gonçalves, 2012).

O momento do parto pode ser um destes eventos críticos. Assim, Beck e Watson (2010) relembram a necessidade de os profissionais de saúde estarem sensibilizados para sinais de trauma psicológicos e emocionais na mulher. Cada experiência depende da pessoa que a vive e interfere com a qualidade de vida (QV) da mesma através da satisfação. A satisfação é impulsionada pela comunicação, pelo tratamento respeitoso e digno, pelo apoio emocional providenciado, e com outros fatores do próprio sistema de saúde e dos seus profissionais (Mocumbi *et al.*, 2019).

O conceito de QV permite orientar, manter e promover a saúde e o bem-estar em diferentes comunidades e culturas (Shovaz *et al.*, 2022). É ambíguo e, por isso, adquire diferentes definições na literatura podendo ser mais global, como a satisfação geral com a vida, mas também repartida por fatores que, em conjunto, indicam uma aproximação do conceito geral (Pereira *et al.*, 2012).

No estudo de Connell *et al.* (2012) foram identificados seis domínios fortemente associados à QV de pessoas com problemas de saúde mental: o bem ou o mal-estar; controlo e autonomia nas decisões; a percepção de si próprio; o sentimento de pertença; a atividade; a esperança ou desesperança.

O bem-estar tem sido integrado em escalas de avaliação de qualidade de vida associada à saúde e traduz-se num estado emocional associado a emoções e humores agradáveis como a autonomia, a autopercepção positiva, a existência de relacionamentos significativos e a expectativa de um bom futuro (Connell *et al.*, 2012). Enquanto o mal-estar parece estar presente em pessoas com problemas de saúde mental, interferindo significativamente na QV desses indivíduos (Connell *et al.*, 2012).

Também Nouri *et al.* (2021) comprovaram que a componente psicológica da avaliação da QV é a mais afetada por alterações de saúde mental (cognitivas, emocionais, motivacionais, etc.) provocadas, muitas vezes, por transtornos mentais.

Em 1948, a OMS definiu saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1948, p.1). Mais tarde esclareceu-se o conceito de saúde mental: um estado de bem-estar, em que o indivíduo se percebia como capaz para gerir o stress da vida diária, ser produtivo no quotidiano e contribuir para a comunidade (OMS, 2013).

A saúde mental é uma condição de bem-estar emocional, psicológico e social que se evidencia pelas relações satisfatórias que o indivíduo estabelece, pelo comportamento e gestão de situações eficazes, por um autoconceito positivo e estabilidade emocional. No entanto é mutável, sendo passível de se alterar a cada momento (Videbeck, 2012). Isto porque a saúde mental de um indivíduo é influenciada por diversos fatores: individuais como a constituição biológica, autonomia, autoestima, capacidade de crescimento, capacidade de apreciar a vida, resiliência, *coping* eficaz; relacionais como a capacidade de comunicação, a interajuda; e socioculturais, como o sentido de comunidade, acesso a recursos (Videbeck, 2012).

Prince *et al.* (2007) defendem que a saúde mental incorpora a saúde em geral, ainda que se associe à força interior, características ou interesses dos indivíduos, e que seja necessária para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos.

Há saúde mental quando se verifica o desenvolvimento ótimo do indivíduo no contexto em que se insere, tendo em conta múltiplas variáveis de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ecológica, refere Sequeira (2006). Não é só ausência de doença, ou de alterações mentais, mas é também a adaptação sistemática do sujeito ao meio em que se encontra inserido, sendo capaz de se relacionar adequadamente com os outros e de gerir conflitos (Sequeira, 2006).

A saúde mental está associada à QV cognitiva e emocional, ao bem-estar e à ausência de doenças mentais. Tanto a QV como a saúde mental permitem a funcionalidade da pessoa em diferentes aspectos: na saúde física, automanutenção, desempenho de atividades, estado intelectual, atividade social, relação com o próprio e com o mundo e estado emocional (Doran, 2011). Desta forma, utentes com distúrbios mentais apresentam uma QV e bem-estar diminuídos (Chachamovich *et al.*, 2010).

Este é um tema mundialmente problemático uma vez que transtornos mentais como esquizofrenia, depressão, ansiedade, entre outros, provocam mal-estar e interferem na funcionalidade dos indivíduos. Distúrbios como estes podem até causar a morte precoce dos sujeitos (Tidemalm *et al.*, 2008).

Além da evidência de que as mulheres são o género mais afetado por transtornos mentais (Nurullah, 2010), também o período peri e pós-parto é rico na existência de diversos fatores de risco para a saúde mental das mulheres (Alvarenga e Frizzo, 2017). Se, além disso, a experiência de parto da mulher for traumática torna-a bastante vulnerável a problemas mentais (Greenfield *et al.*, 2016), conforme corrobora um estudo recente que indicou taxas elevadas de transtornos mentais em mulheres no período pós-parto (Kerber *et al.*, 2011).

É, por isso, importante ressaltar que uma experiência de parto negativa tem consequências na saúde mental da parturiente que vão além do período de nascimento: reduz o bem-estar, diminui a QV, relembra de forma persistente a dor sentida e pode levar ao desenvolvimento de TSPT ou de alguns dos seus sintomas, entre outros sintomas psiquiátricos.

2. Parto e Stress Pós-Traumático

Como compreendido no subcapítulo anterior, o parto pode ser vivido como traumático por algumas mulheres, em determinados contextos e pelas mais diversas razões. Essa vivência pode resultar em períodos de distress, sendo capaz de potenciar o desenvolvimento de transtornos na saúde mental, como o TSPT. Além de todas as repercussões que este diagnóstico pode acarretar, é possível existir uma evolução favorável e de crescimento na mulher que sofre esse distúrbio. Por outro lado, as intervenções de enfermagem são de extrema importância na saúde em geral, na saúde mental e podem ser significativas em momentos como os descritos.

2.1. Experiências de distress associado ao parto

É habitual que, no quotidiano, os indivíduos se confrontem com situações de stress, através de experiências desafiadoras que levam ao desenvolvimento de competências, em resultado de uma adaptação ao sucedido (Hassard *et al.*, 2011). Rodrigues e Schiavo (2011) explicam o stress como o conjunto de respostas emitidas pelo corpo humano perante algo que o ativou, ou seja, uma resposta fisiológica e emocional, com uma duração limitada, gerada por experiências e fatores desafiadores e que permite que o indivíduo se adapte à situação (McEwen, 2007).

Depois de uma situação potencialmente traumática, como pode ser o parto, existe um choque temporário ou uma resposta aguda de stress. No entanto, se existirem estratégias de gestão da situação, esta experiência menos positiva é enfrentada eficazmente e os sintomas diminuem ao longo do tempo (Vischer *et al.*, 2020). Por outro lado, se a exposição ao stress for intensa, duradoura e disfuncional e o sujeito não se conseguir ajustar aos agentes stressores, os recursos do indivíduo esgotam-se e surge o distress (Figueiredo, 2018), que desencadeia várias consequências emocionais, psicológicas e físicas adversas e significativas na saúde da pessoa, predeterminando o aparecimento de transtornos psicofisiológicos diversos (Rodrigues e Schiavo, 2011; McEwen, 2007).

Decat *et al.* (2009, p.254) definiram distress como “uma experiência emocional desagradável e multifatorial, de natureza psicológica, social e/ou espiritual, que oscila entre a perceção da própria vulnerabilidade, tristeza, fantasias e medo ante o desconhecido e reações mais intensas como depressão, ansiedade, pânico, crises existenciais e isolamento social”. A presença de distress pode originar riscos para a saúde da mulher como a predisposição para doenças e distúrbios na saúde mental (Rodrigues e Schiavo, 2011).

O momento do parto é vivido, por muitas mulheres, com distress. Algumas destas experiências negativas são causadas pelos cuidados desrespeitosos, ofensivos, abusivos e negligentes que algumas mulheres dizem ter sofrido (Lansky *et al.*, 2019). Além desses, todos os fatores descritos no subcapítulo 1.2. como potenciadores de um parto traumático: experiências de partos traumáticos anteriores, o medo da dor, a realização de episiotomia, o tipo de parto não esperado, a ausência de pessoa significativa, a própria vivência da pandemia, o receio pela sua vida e saúde do bebé podem ser motivos de stress e/ou distress no momento do parto.

Esta experiência pode ser ainda intensificada por fatores externos ao momento do parto como situações económicas e familiares difíceis, a presença de violência doméstica, o uso de

substâncias psicoativas, insatisfação com o cônjuge, falta de apoio social e a existência de complicações com o bebê (Segato *et al.*, 2009) e também por alterações de saúde mental como depressão prévia, ansiedade, neuroticismo, baixa autoestima. Estas situações originam maior ansiedade e stress associado ao parto.

Este fenómeno é cíclico pois também a presença de stress pode causar complicações obstétricas, estimular a presença de stress e motivar o aparecimento de distress (Diego *et al.*, 2006).

Em suma, o parto pode estar associado ao distress por toda a experiência que envolve naturalmente e pela presença de algumas variáveis que potenciam esse efeito. As suas repercussões são inúmeras mas destacam-se, entre elas, os malefícios para a saúde mental da mulher.

2.2. Stress pós-traumático e transtorno de SPT

O TSPT é um distúrbio mental que pode ocorrer como consequência de eventos traumáticos na vida do indivíduo (Henriques *et al.*, 2015). As pesquisas têm demonstrado que a probabilidade de enfrentar um acontecimento traumático ao longo da vida é elevada: mais de 70% dos adultos já experienciaram um evento traumático e 31% já experienciaram quatro ou mais episódios traumáticos (Coelho, 2022).

Essas vivências fazem parte dos diversos acontecimentos que podem dar origem ao desenvolvimento de TSPT, sendo possível estabelecer uma ligação entre eventos causais e sintomas despoletados (Mol *et al.*, 2005). As situações adversas são uma oportunidade para adquirir estratégias adequadas de gestão de situações difíceis, mas, por outro lado, podem tornar-se patológicas devido à eventualidade de um mal-estar contínuo e à vulnerabilidade que os próprios acontecimentos acarretam (Marcelino, 2012).

Uma vivência traumática implica um período de reajuste, que varia consoante o indivíduo, em que é desejável que haja restabelecimento da estabilidade emocional. Nos casos em que isso não se verifica, pode desenvolver-se um TSPT (Marcelino e Gonçalves, 2012), o que, segundo a literatura, apenas acontece numa minoria das pessoas após experienciar um acontecimento

traumático. Vries e Olff (2009) perceberam que 80,7% da população experencia um evento potencialmente traumático e cerca de 7,4% sofre TSPT em algum momento da vida.

O TSPT é reconhecido como um diagnóstico desde 1980 ainda que os seus sintomas já viessem a ser documentados há vários séculos (Bisson, 2007). Esse momento promoveu a investigação no sentido de adquirir conhecimentos e estratégias para tratar este transtorno e o seu próprio conceito acabou por evoluir. Passou a ser um termo regularmente utilizado, substituindo uma variedade de designações que eram previamente usadas para a mesma perturbação e foi abordado em 1992 pela OMS (Bisson, 2007).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) descreve os critérios que devem estar presentes para identificar o diagnóstico (Anexo I). É então necessária a presença dos seguintes requisitos, pelo período mínimo de um mês (à exceção do critério A):

- Houve exposição direta ou indireta da pessoa a um momento traumático (critério A);
- Existem pensamentos intrusivos relativos ao acontecimento como lembranças recorrentes e involuntárias, sonhos angustiantes, *flashbacks*, sofrimento psicológico intenso ou reações fisiológicas intensas perante simbologias idênticas ao evento (critério B);
- Ocorre evitamento de estímulos associados ao evento em questão como recordações ou lembranças externas que suscitem lembranças (Critério C);
- Desenvolvem-se alterações negativas da cognição e do humor como incapacidade para recordar o momento, crenças negativas/exageradas, cognição distorcida de forma persistente, presença de um estado emocional negativo, falta de interesse, distanciamento dos outros, ou incapacidade de sentir emoções positivas (critério D);
- Sucedem alterações na reatividade relativa ao evento traumático como comportamento irritável, imprudente ou autodestrutivo, hipervigilância, hiperativação, alterações na concentração e no sono (critério E).

Os sintomas descritos podem desenvolver-se diretamente seguidos ao episódio, ou podem ocorrer mais tarde: embora geralmente se manifestem após os primeiros três meses, pode acontecer evidenciarem-se vários meses, ou até anos, depois (APA, 2014). Este quadro não pode ser causado por nenhuma substância ou comorbilidade existente. Dada a diversidade na conjugação de sintomas passíveis de se verificarem neste transtorno, é perceptível que a apresentação do TSPT varia de indivíduo para indivíduo.

Também a sua durabilidade é variável, sendo que em metade dos adultos, a recuperação ocorre ao fim de três meses, ainda que seja possível permanecer sintomático por mais de 12 meses e até por mais de 50 anos (APA, 2014).

O prejuízo relativo ao nível da funcionalidade do sujeito evidencia-se nos domínios social, interpessoal, desenvolvimental, educacional, da saúde física e profissional (APA, 2014), tornando-se muitas vezes incapacitante e uma fonte de sofrimento (Marcelino, 2012).

Apenas alguns indivíduos expostos ao mesmo trauma desenvolvem TSPT, de acordo com o próprio evento (severidade, duração e proximidade) e com fatores biopsicossociais independentes do trauma (Keane *et al.*, 2006). A gravidade do trauma é um forte preditor de TSPT para quem é exposto ao acontecimento (Keane *et al.*, 2006), mas também fatores pessoais e pré-traumáticos como características e situações de vida dos indivíduos prévias ao evento podem torná-los mais vulneráveis ao desenvolvimento de TSPT (Witteveen *et al.*, 2007): existência de transtornos mentais prévios, *status* socioeconómico mais baixo, nível de educação inferior, exposição anterior a trauma (especialmente durante a infância), ausência de estratégias de *coping*, a vivência de adversidades na infância, certos genótipos e a falta de apoio social prévia (APA, 2014).

Existem diversos instrumentos utilizados para determinar a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos. Questionários de triagem, como o *Impact of Event Scale* (IES) e o *Mini International Neuropsychiatric Interview for PTSD* (MINI-PTSD) são úteis para avaliar a presença de sintomas de TSPT (Graaff *et al.*, 2018). O diagnóstico de TSPT é sempre feito por um profissional qualificado, conforme colheita de dados, de preferência através de uma entrevista clínica validada como a Entrevista Clínica Estruturada para os Transtornos do DSM-5 (Dindo *et al.*, 2017).

A existência de sintomas de stress pós-traumático após o parto nem sempre foi reconhecida ou abordada, uma vez que o parto era visto pelo senso comum como uma experiência positiva (Graaff *et al.*, 2018). A primeira descrição de TSPT após uma experiência de parto negativa foi diagnosticada por Bydlowski e Raoul-Duval, em 1978 (Schwab *et al.*, 2012).

A investigação de Zambaldi *et al.* (2009) revelou que 30% das mulheres sofrem um parto traumático e Ford *et al.* (2010) verificaram que entre 1 a 6% das mulheres desenvolvem TSPT no primeiro ano após o parto. Também Maggioni *et al.* (2006) revelaram uma incidência de TSPT equivalente a 2,4%, 3 a 6 meses após o parto. Adicionalmente, identificaram sintomas de SPT

em 32,1% das mulheres. Ainda que fatores de predisposição e de precipitação tenham bastante influência no aparecimento de sintomas de TSPT, a subjetividade da experiência do parto é crucial (Ayers *et al.* 2008).

Um estudo indicou que o parto foi o preditor mais importante de sintomas de stress traumático (Garthus-Niegel *et al.*, 2012) e algumas mães confirmam: até um terço das mulheres admite ter percebido o parto como uma ameaça e experienciado respostas especificadas no critério A do DSM-IV, conforme necessário para que um evento precipite TSPT (Olde *et al.*, 2006). Muitas mulheres descrevem pesadelos e sobressaltos, eviçao em falar ou lembrar o parto, irritação e agressividade, distúrbios do sono e da concentração, e manifestam reações físicas como tremores e sudorese após esta vivência (Thiel *et al.*, 2018; Gupta, 2013).

A literatura identificou o medo do parto, formas de nascimento como cesariana de urgência (Dekel *et al.*, 2017), nados mortos (Westby *et al.*, 2021) partos prematuros (Borghini *et al.*, 2014), dor associada, complicações durante o parto (Adewuya *et al.*, 2006), pouca comunicação ou falta de apoio por parte dos profissionais (Cordeiro, 2022) e a existência de violência e abuso nos cuidados de saúde (Swahnberg *et al.*, 2007), entre outros como possíveis fatores de risco para desenvolver stress pós-traumático após parto. Também mulheres que descrevem pouca participação e controlo sobre si mesmas e o ambiente durante o parto, que não utilizam estratégias de *coping* adequadas, cujo parceiro não está presente (Olde *et al.*, 2006), que necessitam de uma intervenção médica inesperada (recurso aos fórceps ou ventosa, realização de episiotomia) ou experienciam uma ameaça de morte são mais propícias a experienciar sintomas de stress pós-traumático após o nascimento (Sawyer e Ayers, 2009).

Conforme corrobora a literatura sobre TSPT associado a um evento traumático geral, também quando este transtorno existe e está associado a uma experiência de parto menos positiva, subsiste a importância e influência de fatores externos ao acontecimento, como a vivência de trauma anteriores, sem qualquer relação com o ciclo gestacional e alterações psicológicas, que parecem estar associados a uma maior prevalência de TSPT (Andersen *et al.*, 2012).

As repercussões deste diagnóstico são inúmeras, no entanto, num momento como o puerpério, a relação com o recém-nascido é bastante prejudicada pelo efeito de ativação de memórias negativas que levam à eviçao da proximidade (Davies *et al.*, 2008).

Algumas mulheres (18,5%) recuperam espontaneamente 3 a 6 semanas após um parto traumático (Dikmen-Yildiz *et al.*, 2018). Por outro lado esta resposta perante a adversidade não

é homogênea e o impacto pode ser mais duradouro e significativo para certas mães. A evidência científica indica que o TSPT após o parto é um grave problema de saúde mental e uma realidade no período pós-parto. Desta forma carece de mais atenção por parte dos profissionais de saúde da área e investigadores. A necessidade de triagem e tratamento contínuos no sentido de promover a recuperação e prevenir o agravamento de sintomas de SPT ou de TSPT deverão ser uma realidade.

2.3. Crescimento pós-traumático

Tedeschi e Calhoun construíram um modelo que permite a compreensão do CPT. Este construto indica que o CPT se refere a uma mudança psicologicamente positiva no estado emocional, cognitivo e comportamental, resultante da luta perante eventos de vida que desafiam a realidade do indivíduo, as suas crenças ou o seu futuro (Tedeschi *et al.*, 2018). Ou seja, o acontecimento vivido promove uma reestruturação cognitiva e emocional dos processos mentais da pessoa (Brandão *et al.*, 2020).

Segundo o Inventário de Crescimento Pós-Traumático (PTGI), o CPT manifesta-se principalmente em 5 domínios: ocorrem mudanças positivas nas relações interpessoais como maior compaixão, abertura ou proximidade; surgem novas possibilidades ao longo dessa luta psicológica; a percepção da pessoa sobre si mesma altera-se ao reconhecer maior autoconfiança, força e valor; é desenvolvida uma nova compreensão da sua espiritualidade e crenças; e é apreciada a vida de outra forma, com a alteração dos princípios básicos de vida (Nishi e Usuda, 2016).

Para que este crescimento aconteça, deve então existir uma mudança psíquica que torne o indivíduo capaz de suportar o stress de determinado evento, ainda que ao perturbar as suas suposições e crenças do mundo resulte em distress (Tedeschi *et al.*, 2018). Quando existe uma regulação emocional eficaz é possível ressignificar a experiência traumática (Tedeschi *et al.*, 2018).

O CPT reflete também uma mudança que vai além da capacidade de resistir e não ser prejudicado por circunstâncias desafiadoras, envolvendo também uma alteração dos níveis de adaptação pré-traumáticos (Tedeschi *et al.*, 2018). Enquanto a resiliência se traduz numa estratégia de *coping* para lidar com o evento, o CPT promove a transformação a vários níveis: os

indivíduos não retomam a funcionalidade que tinham pré-trauma, adquirem, porém, um novo funcionamento após toda a vivência (Tedeschi *et al.*, 2018). Por essa razão, pessoas que vivenciam o crescimento entendem o evento como uma etapa importante na sua narrativa de vida (Groleau *et al.*, 2013).

Qualquer evento de vida traumático induz alterações no pensamento e comportamento do indivíduo que o experiencia. Uma das consequências desses acontecimentos é o impacto da ruminação (processamento cognitivo) que lhe sucede (Taku *et al.*, 2009), pela importância que adquire no CPT. A teoria sugere que quanto mais o sujeito ruma sobre o evento, ao pensar ativamente sobre o sucedido e tentar entender as suas circunstâncias, maior a probabilidade de ser alcançado o CPT (Tedeschi *et al.*, 2018).

Ainda que o termo ruminação tenha uma conotação negativa associada, a sua definição corresponde somente a um tipo de pensamento repetitivo, ponderado ou de meditação sobre determinada informação (Cann *et al.*, 2011). Existem dois tipos principais de ruminação: intrusiva e disruptiva ou deliberada e construtiva. As ruminações intrusivas são invasões que ocorrem no pensamento cognitivo de um indivíduo, sobre uma experiência que este não escolheu relembrar. Geralmente são pensamentos recorrentes e de caráter negativo (Cann *et al.*, 2010). Por outro lado, a ruminação deliberada desenvolve-se voluntariamente, a partir de uma decisão consciente e explícita do indivíduo. É utilizada como recurso para tentar compreender o evento e as suas implicações, assim como atribuir-lhe um significado (Cann *et al.*, 2011) de forma a integrar a experiência traumática na sua vida e no domínio cognitivo.

Os pensamentos intrusivos tendem a ocorrer numa fase inicial e são substituídos progressivamente por tentativas conscientes de compreensão e atribuição de significado à experiência traumática (Cann *et al.*, 2011). Cann *et al.* (2010) defendem que pensamentos intrusivos e deliberados têm influências diferentes perante uma experiência de vida altamente stressante, no distress vivido e no CPT, sendo que ambos desempenham um papel importante e contribuem positivamente para o processo de CPT (Cann *et al.*, 2011). A ruminação deliberada está mais associada à interrupção e reconstrução de crenças, assim como ao eventual CPT. Já a ruminação intrusiva, não controlada pelos indivíduos, encontra-se relacionada a diversos tipos de distress pós-traumático e é igualmente necessária (Hammer *et al.*, 2018). Os autores (Cann *et al.*, 2010) compreenderam também que o nível de pensamentos intrusivos predizia o nível de pensamentos deliberados. Desta forma, a existência de pensamentos intrusivos está também positivamente associada ao estilo deliberado, uma vez que a presença dos primeiros, após uma

situação stressante e ainda que associados a alguma angústia, constituem a resposta esperada nesta situação e estimulam no indivíduo a tentativa de reflexão, compreensão e atribuição de sentido à experiência. Com a transformação da ruminação, que deixa de ser tão intrusiva e toma uma forma mais deliberada, os níveis de distress motivam a trabalhar em prol do entendimento, que por sua vez também afeta o stress vivido. Este padrão detetado de uma ruminação intrusiva inicial seguido por ruminação mais deliberada faz parte do processo de adaptação pós-trauma (Morris e Shakespeare-Finch, 2010).

Fatores pré-evento, do próprio evento e pós-evento, influenciam o desenvolvimento do crescimento (Tedeschi *et al.*, 2018): fatores pessoais, do próprio contexto, cognitivos e sociais. Sabe-se que pessoas mais jovens estão mais propensas à aprendizagem e mudança, e por isso, apresentam níveis mais elevados de CPT, assim como pessoas tendencialmente otimistas, que tendem a focar-se nos aspetos mais positivos dos eventos (Taubman-Ben-Ari *et al.*, 2018). Vários estudos demonstraram também uma associação positiva entre a gravidade do fator stressante e o nível de crescimento (Zoellner e Maercker, 2006).

A presença de CPT foi detetada em diversas circunstâncias como no luto, em acidentes, doenças crónicas, cirurgias, casos de abuso, etc (Joseph e Linley, 2006). No entanto, Sawyer *et al.* (2012) sublinham que o CPT não se restringe apenas a experiências traumáticas, mas a outros eventos de vida, como o parto. Ou seja, qualquer vivência desafiadora ou adversa é potencialmente promotora de uma mudança psicológica positiva (Sawyer e Ayers, 2009).

O parto de uma mulher é um evento desafiador, que altera a sua perceção do mundo e promove o CPT: estudos sobre esse momento indicam que metade das mulheres desenvolve CPT após o parto (Sawyer e Ayers, 2009). Percebe-se então que o parto está associado a mudanças psicológicas positivas numa grande parte das mulheres (Berman *et al.*, 2021), sendo que num dos estudos realizados 20% das mães exibiam mudanças significativas ainda no pós-parto (Berman *et al.*, 2021).

Ketley *et al.* (2022) entenderam que o processo de crescimento das mulheres, relativo ao parto, está associado ao desmoronar dos pré-conceitos sobre esse momento e desenvolve-se com o desafio motivado pela perceção da diferença entre a expectativa e a realidade. Este fenómeno de crescimento aumenta com o tempo decorrido após o parto (Noy *et al.*, 2014). A vivência da pandemia (Thomson *et al.*, 2022), o facto de ser primípara (maior capacidade de resiliência e menor medo do parto) e de ter tido um parto distócico contribuem para um maior CPT (Nishi e Usuda, 2016).

Em suma, o parto pode ser percebido como um evento difícil, capaz de gerar níveis elevados de CPT e a sua investigação é de extrema importância pelas implicações que adquire na prática clínica.

2.4. Intervenções de enfermagem: evidências de investigação

Uma intervenção de enfermagem é o que enfermagem concretiza face a necessidades identificadas no cliente e que se intitulam de diagnósticos de enfermagem (Garcia e Nóbrega, 2009), com o objetivo de produzir os resultados em saúde esperados. Dada a transição que a mulher sofre no momento do parto e a constatação de que essa vivência é, muitas vezes, uma experiência traumática, destaca-se o papel preponderante do enfermeiro: a interação entre os profissionais de saúde e o utente é de extrema importância, uma vez que é a equipa de saúde que está presente e que acompanha a mãe neste evento tão desafiador física e emocionalmente (Olde *et al.*, 2006).

Além de se ter verificado que a preparação física e psicológica da grávida promove uma vivência saudável da gravidez, facilitando a transição para a parentalidade com maior tranquilidade e um comportamento adequado durante o trabalho de parto (Janeiro, 2013), percebeu-se também que a abordagem de questões de saúde mental durante o período pré-natal reduz a mortalidade e morbilidade da mulher (Milligan *et al.*, 2010). Concomitantemente, estudos provam que existem diversas falhas na identificação de transtornos de saúde mental na gravidez e no puerpério, entre eles o TSPT (Rai *et al.*, 2015). Assim é importante quer intervir precocemente no sentido de minimizar o impacto do possível trauma associado ao parto, quer manter uma monitorização após o evento. O tratamento contínuo no sentido de promover a recuperação e prevenir o agravamento de sintomas de SPT ou de TSPT é também relevante.

Têm sido debatidas formas de melhorar os cuidados obstétricos e a necessidade de aperfeiçoar a interação entre grávidas e profissionais de saúde, oferecendo protagonismo à mulher/família no momento do nascimento, principalmente após as evidências crescentes de desrespeito e violação de direitos durante o trabalho de parto (Silva *et al.*, 2018).

De forma a melhorar a qualidade destes cuidados, algo a que a OMS se propõe, para 2030, é importante oferecer cuidados acessíveis e equitativos às mulheres. A declaração divulgada pela

OMS em 2014 realça que cada mulher tem direito ao mais alto padrão de saúde atingível, garantindo a sua liberdade, o direito à dignidade e o acesso a cuidados de saúde respeitosos no período perinatal (Bhattacharya e Ravindran, 2018). Nas diretrizes de 2018 enfatizou-se ainda mais a importância e a priorização desta temática de saúde. Os profissionais de saúde devem adequar a sua ação sabendo que o parto pode trazer consequências graves na saúde mental da mulher. Por essa razão, destaca-se a importância e a obrigatoriedade da prevenção primária, secundária e terciária nos cuidados pós-parto (Rai *et al.*, 2015).

Os cuidados pré-natais ajudam a grávida a compreender e a adaptar-se às alterações expectáveis, promovem a autoestima e a autoconfiança da grávida, de forma a prepará-la para o momento do parto. Esta prevenção assenta na ideia de que a desmistificação do medo e a criação de uma atitude positiva perante o parto reduz a sua ansiedade da mulher. Sugere-se a preparação realista da mulher para o trabalho de parto, com o fornecimento de informação sobre as intervenções obstétricas, os riscos e benefícios associados (OMS, 2017). A discussão colaborativa do plano de parto durante o pré-natal permite estudar possibilidades, oferece uma melhor perceção de controlo e respeito e define objetivos práticos que desmarcaram expectativas, dúvidas e medos específicos de cada pessoa, diminuindo assim a influência negativa e o stress no momento do trabalho de parto (Simkin e Hull, 2011).

É também sugerida pela literatura uma análise sociodemográfica, clínica e psicológica da mulher durante a gravidez: a existência de alterações de saúde mental anteriores, a vivência de um parto traumático prévio e ter características de ansiedade na personalidade são indicadores de maior vulnerabilidade e de uma maior necessidade de intervenção (Olde *et al.*, 2006). Esta intervenção pré-natal, que deve acontecer para todas as mulheres, pode ser concretizada através de cursos de educação para o parto ou num contacto do enfermeiro com a utente (Ertan *et al.*, 2021). A psicoeducação mais específica e personalizada, assim como intervenções psicológicas que estimulam a expressão de emoções parecem prevenir e reduzir o risco de TSPT (Anderson e Logan, 2010; Graaff *et al.*, 2018).

Relativamente ao momento do parto, a OMS (2017) apresentou um conjunto de práticas a utilizar e outras a evitar durante o parto eutócico. Entre práticas úteis destacaram a realização de um plano individual de parto, a oferta hídrica e o respeito do direito à privacidade da mulher. Também o alívio da dor, respeitando os desejos de evicção de medidas farmacológicas que algumas pessoas possam ter, é uma estratégia de atuação dos enfermeiros que se torna preponderante na experiência de parto das mulheres (OMS, 2017). As práticas prejudiciais e a

erradicar consistem na realização rotineira de tricotomia, a necessidade de decúbito dorsal durante o trabalho de parto, a restrição alimentar durante o trabalho de parto, a repetição de exames vaginais, a introdução de sonda vesical e a prática de enema. Há também algumas práticas sem evidências de que devam ser aplicadas, como a amniotomia precoce, a pressão do fundo e o clampar precoce do cordão umbilical (OMS, 2017). Todos estes aspetos podem e devem ser abordados com a parturiente, de forma a tranquilizá-la, sabendo quais os seus direitos e práticas aconselhadas.

O empoderamento das mulheres no trabalho de parto é essencial (Beck e Watson, 2010) e a sensibilidade e apoio dos profissionais de saúde nesse momento é crucial para detetar os primeiros sinais de angústia, desamparo ou raiva, enquanto reduz o potencial traumático através do contato visual, toque e possíveis explicações sobre o sucedido (Simkin e Hull, 2011).

Também a continuidade da prestação de cuidados e a sua documentação, a utilização de uma linguagem clara, a manutenção de uma relação empática, respeitosa e de suporte com as utentes são aspetos essenciais para garantir cuidados de boa qualidade e consequentemente ganhos em saúde (OMS, 2018). Alguns autores provam que a segurança na sua preparação e o apoio de pessoa significativa, aumentam a confiança e diminuem a medicação, dor e ansiedade da mulher pelo que, existindo essa possibilidade, o profissional de saúde deve permitir e potenciar essa presença, sob benefício de melhorar toda a vivência da mulher (Janeiro, 2013).

A otimização da comunicação com as mulheres estimula a sua própria compreensão do evento e valida os sentimentos que apresentam. Aliada ao relacionamento profissional-utente assente na confiança, a boa comunicação permite reconhecer o sofrimento percebido pela mulher e atuar no sentido de potenciar o envolvimento e opção de escolha da utente (Sorenson e Tschetter, 2010). O cumprimento destas recomendações por parte dos profissionais de saúde leva à promoção de vivências positivas à mulher em trabalho de parto, assim como no pós-parto, potenciando o aumento da autoestima e diminuindo a ansiedade (Janeiro, 2013).

Podem e devem ser executadas avaliações e intervenções na mulher no período pós-parto. A presença de TSPT no pós-parto não é rara, ainda que nem sempre este diagnóstico seja considerado e que muitas mulheres sejam diagnosticadas, erroneamente, com depressão pós-parto, acabando por não serem tratadas de forma adequada (McKenzie-McHarg *et al.*, 2015). Assim, é recomendada uma triagem nos primeiros dias deste período, de forma a identificar as mulheres mais perturbadas, para que se disponibilize suporte social e emocional, e sejam encaminhadas para o tratamento adequado caso apresentem sintomas de TSPT (Olde *et al.*,

2006). Foi percebido como benéfico discutir sobre a experiência do parto com os profissionais de saúde, de forma a esclarecer algum mal-entendido, e a permitir à mulher expressar o que sentiu sobre a forma como foi abordada e tratada, mitigando possíveis situações traumáticas e sofrimento provocado durante o parto (Lukasse *et al.*, 2015). A realização de *debriefing* psicológico (Miller *et al.*, 2021) e a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma mostraram benefícios ao mudar a forma como a pessoa pensa e age perante a exposição a memórias relativas ao evento causador de TSPT (Bisson *et al.*, 2013). Também a partilha de experiências de crescimento entre mulheres após um parto traumático aparenta ser bastante vantajosa e promover o apoio social entre pares, destacaram Beck e Watson (2016). Bastos *et al.* (2015) compreenderam que através da expressão emocional escrita é possível manifestar emoções e pensamentos negativos, preencher lacunas identificadas através do próprio exercício e integrar a experiência traumática ao resumi-la e ressignificá-la. O envolvimento dos parceiros na terapia pós-parto tem-se mostrado essencial para a saúde mental pós-parto (Nicholls e Ayers, 2007).

O pós-parto e o TSPT são circunstâncias com grande potencial para o desenvolvimento de CPT, e os profissionais de saúde têm um papel de relevo nesta circunstância pois desempenham a função de assistir as mulheres na criação de percepções positivas sobre esse momento, o seu filho e o seu novo papel. Intervenções de enfermagem como promover o processamento cognitivo do trabalho de parto e assistir na identificação e desenvolvimento estratégias de enfrentamento do evento construtivas são de extrema importância nesta fase de vida da mulher, originando contribuições positivas para o CPT (Berman *et al.*, 2021). Também a psicoterapia se verificou benéfica no crescimento das recentes parturientes (Berman *et al.*, 2021).

Relativamente ao tratamento com fármacos, a evidência destaca os antidepressivos, particularmente os inibidores seletivos da recaptação da serotonina, como a opção medicamentosa mais forte (Keane *et al.*, 2006). Estes são também os fármacos mais frequentemente prescritos e usados, sendo que a sertralina e a paroxetina foram aprovadas pela *Food and Drug Administration* para o tratamento deste transtorno (Keane *et al.*, 2006). Também foram encontrados resultados benéficos após associação entre as benzodiazepinas e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (Bastien, 2010). Quando comparados com outros antidepressivos, como os tricíclicos, os inibidores seletivos da recaptação da serotonina

apresentam menos efeitos secundários (Keane *et al.*, 2006). Ainda assim continua a decorrer investigação com o objetivo de encontrar tratamentos novos e mais adequados para o TSPT.

Assim percebe-se que, uma vez mais, os profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros estão presentes em momentos cruciais e têm um papel significativo no período perinatal, na preparação para o momento do parto, na deteção de possíveis alterações na saúde mental da mulher, no tratamento de transtornos identificados e na promoção de vivências positivas pela mulher em trabalho de parto, potenciando o nível de conhecimentos e o aumento da autoestima, diminuindo a ansiedade e o risco de stress pós-traumático (Janeiro, 2013).

ESTUDO EMPÍRICO

1. Metodologia

A investigação científica surge quando nos confrontamos com uma problemática que carece de uma melhor compreensão e é definida, segundo Fortin (2009) como o processo sistemático, rigoroso e racional que permite examinar fenómenos com vista a descrever e explicar factos e acontecimentos, promovendo a aquisição de novos conhecimentos.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2006, p.1) destacou que a investigação científica em enfermagem origina um incremento do conhecimento científico nesta disciplina, “respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades”. Desta forma, é possível dotar a prática de enfermagem de bases científicas sólidas e dar resposta às necessidades da população saudável e não saudável.

A palavra método tem origem grega e envolve o conjunto de processos e operações mentais necessários para que se desenvolva a referida investigação, ou seja, é a linha de raciocínio adotada ao longo de toda a pesquisa científica (Moraes, 2015).

Neste subcapítulo intitulado metodologia explica-se, então, de forma detalhada, rigorosa e exata todos os procedimentos desenvolvidos no trabalho de investigação, nomeadamente a problemática e os objetivos do estudo, as hipóteses de investigação colocadas e as variáveis envolvidas, o tipo de estudo, a descrição da amostra, dos instrumentos utilizados na recolha de dados, dos procedimentos éticos necessários ao desenvolvimento da pesquisa e os processos empregues no tratamento e análise de dados.

1.1. Questão de Investigação

O desenvolvimento de um processo de investigação inicia-se com uma situação ou problema a que, com os conhecimentos de que dispõe, o investigador não consegue dar uma resposta cientificamente válida. Assim surge o problema e, consequentemente, a questão de

investigação: “uma pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar, tendo em desenvolver o conhecimento que existe” (Fortin, 2009, p.72).

A questão de investigação é o princípio e o fim do processo de investigação (Nicola, 2008) e norteia todo o estudo desenvolvido. Esta deve ser exequível, interessante, nova (acrescentar conhecimento), relevante e deve respeitar os princípios éticos (Cummings *et al.*, 2008). Habitualmente, na investigação clínica, a questão de investigação debruça-se sobre uma incerteza que o autor do estudo deteta e esmiúça através de avaliações aplicadas na amostra em causa (Nicola, 2008).

Desta forma, tendo em conta a preocupação que originou a realização deste estudo, definiu-se a seguinte questão de investigação: Em que medida a vivência de acontecimentos percebidos como traumas pela mulher durante o parto pode estar na origem de sintomatologia de distress e de stress pós-traumático?

1.2. Objetivos do Estudo

A questão referida acima é refletida e operacionalizada sob a forma de objetivos (Fonseca, 2008) que enunciam, de forma precisa, o que o investigador tem a intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação (Fortin, 2009). São descritos através de um enunciado declarativo onde se especificam as variáveis, a população alvo e o contexto em que decorre a pesquisa. Os objetivos fazem transparecer o grau de avanço dos conhecimentos e o tipo de investigação a empreender (Fortin, 2009).

Perante a problemática escolhida, espera-se que este estudo permita perceber a relevância de uma experiência de parto traumática no desenvolvimento de sintomatologia de stress pós-traumático, para que as competências e intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria possam ser aprimoradas e, consequentemente, possibilitem uma vivência mais salutogénica desta fase do ciclo de vida. Desta forma, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos para a presente investigação:

a) caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo;

- b) avaliar o nível de stress percebido após a vivência de acontecimentos percebidos como traumas;
- c) avaliar a presença de stress pós-traumático nas participantes do estudo;
- d) avaliar a relação entre stress pós-traumático e os estilos de ruminação desenvolvidos pelas participantes;
- e) identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às mulheres que vivenciaram sintomatologia de stress e de stress pós-traumático.

1.3. Hipóteses de Investigação

Segundo Martins (2011, p.12), uma hipótese de investigação estabelece “uma possível relação entre duas variáveis”, tentando explicar ou prever de que forma se relacionam, com base em princípios científicos gerais, numa teoria ou numa porção desta (Fortin, 2009). As hipóteses de investigação serão ou não rejeitadas pelo investigador com a conclusão do estudo (Fonseca, 2008).

De acordo com os objetivos previamente delineados e no sentido de dar resposta à questão de investigação proposta, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

- **Hipótese 1** - Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a sintomatologia de stress pós-traumático e a ruminação, em mulheres que vivenciaram um evento de parto traumático.
- **Hipótese 2** - Existem diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia de SPT em função do evento traumático associado ao parto.
- **Hipótese 3** – Existe uma associação estatisticamente significativa entre a paridade e o diagnóstico de TSPT.
- **Hipótese 4** – Existe uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto vivido e o diagnóstico de TSPT.

As hipóteses descritas baseiam-se nos pressupostos definidos no enquadramento teórico, de acordo com estudos anteriormente desenvolvidos sobre a temática, que presumem um potencial de relação entre as diferentes dimensões em estudo.

1.4. Variáveis do Estudo

As variáveis surgem quando um conceito é colocado em ação num estudo, pois definem-se como “as qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos, de situações suscetíveis de mudar ou variar com o tempo” (Fortin, 2009, p.171). São a base da investigação quantitativa e cada uma adquire diferentes valores (Martins, 2011).

Na presente pesquisa pretendeu-se explorar as relações entre as variáveis estudadas para, conseqüentemente, analisar a sua relevância e possibilidade de alteração mediante todo o processo.

Sabendo que a variável independente é aquela que é manipulada na investigação, não depende de nenhuma outra variável e permite a avaliação do seu efeito numa outra variável; que a variável dependente é aquela que sofre os efeitos da manipulação da variável independente (Field, 2009); e tendo em conta a bibliografia existente sobre a problemática, a questão de investigação, os objetivos definidos, e as hipóteses formuladas, foram estabelecidas as seguintes variáveis:

- Variáveis dependentes: sintomatologia de SPT no pós-parto, avaliada através da CBTS, constituída por 29 questões; ruminação, medida através do ERRI, constituído por 20 questões;
- Variáveis independentes: características obstétricas da mulher e do parto obtidas através de perguntas presentes no questionário sociodemográfico, nomeadamente a paridade, o tipo de parto e a existência de um acontecimento negativo associado ao parto (trauma perineal, utilização de fórceps/ventosa, alteração inesperada do tipo de parto, local de parto indesejado, impedimento da presença do companheiro, falta de privacidade durante o parto, falta controlo da dor durante o parto).

1.5. Tipo de Estudo

Ao considerar a questão de investigação e com vista a responder aos objetivos delineados, o presente estudo desenvolve-se segundo uma abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa está associada à objetividade e permite a generalização dos resultados. Habitualmente são recolhidos dados numéricos, que são posteriormente analisados estatisticamente, de forma a responder às hipóteses de pesquisa (LoBiondo-Wood e Haber, 2013). Este estudo é ainda de carácter correlacional, uma vez que o fenómeno em causa já foi identificado e descrito, e o objetivo agora é examinar e verificar a existência de relações entre as variáveis, permitindo compreender em que medida a aparição de uma vivência influencia a aparição de outra e construir uma explicação para o acontecimento (Fortin, 2009). Ou seja, além de investigar a presença e severidade de sintomas de stress pós-traumático em mulheres que vivenciaram o momento do parto, este estudo admite perceber de que forma estes podem variar em função das diferentes características e experiências do parto.

Os dados resultantes das avaliações das variáveis foram colhidos através de um questionário, aplicado uma única vez, e respeitaram o intervalo de tempo definido, sem acompanhamento posterior dos participantes, por isso trata-se também de um estudo transversal. Estes dados são de carácter individual e dizem respeito apenas aos sujeitos da pesquisa e ao contexto em que se inseriam no momento do preenchimento do mesmo.

O estudo é parte integrante de um projeto de maiores dimensões alocado ao CINTESIS / ESEP: *“DEVOTION - Perinatal Mental Health and Birth-Related Trauma”*.

1.6. População e Amostra

Entende-se por população de um estudo “a totalidade de elementos que estão sob discussão e dos quais se deseja obter informação através da investigação de uma ou mais características” (Guimarães, 2018, p.10) Estes elementos partilham características comuns e cumprem um conjunto de critérios (Fortin, 2009). Fonseca (2008) define a população como o grupo de indivíduos sobre os quais incide a pergunta de investigação e a quem se aplicam os resultados

do estudo desenvolvido. A população acessível corresponde à parte da população alvo a que o investigador consegue recorrer (Fortin, 2009).

Já a amostra é o subconjunto de uma população (Fortin, 2009) que possui as mesmas características da população estudada e que pode ser utilizada para posterior análise de dados. O processo através do qual a amostra é obtida designa-se por amostragem (Martins, 2011) e é um procedimento necessário dado que o recurso a toda a população alvo é, a maior parte das vezes, inviável.

Existem, então, diferentes métodos de amostragem. Neste estudo foi utilizado o método não probabilístico, em que cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Esta é uma opção utilizada, por diversas vezes, por motivos de ordem prática e de acessibilidade aos dados, uma vez que a obtenção de amostras probabilísticas é, muitas vezes, inacessível.

A técnica de amostragem não probabilística escolhida foi a amostragem por redes, que consiste na seleção de sujeitos de acordo com critérios previamente determinados. Esta é uma técnica utilizada em pesquisas sociais e pressupõe que há uma ligação entre os membros da população devido a características e interesses partilhados, isto é, os membros da população são capazes de identificar outros membros da mesma (Dewes, 2013). Recorre-se, maioritariamente, às redes sociais e às relações sociais dos sujeitos para a angariação de participantes pela tendência de possuírem características comuns (Fortin, 2009). O tipo de amostragem selecionado mostrou-se vantajoso pela ausência de custos e fácil operacionalização.

Assim, no presente estudo, fizeram parte da população alvo todas as mulheres com mais de 18 anos que cumpriam os restantes critérios de inclusão estipulados. A população acessível engloba o conjunto de mulheres passíveis de serem contactadas entre janeiro de 2020 e maio de 2023. Desta forma, a amostra foi constituída pelos participantes que obedeceram, cumulativamente aos seguintes critérios de inclusão:

- Ser mulher
- Possuir idade superior ou igual a 18 anos;
- Mostrar disponibilidade para colaborar no estudo, manifestada pela aceitação expressa através do consentimento informado;
- Ter experienciado uma vivência de trauma associado ao parto, nos últimos 5 anos.

Obteve-se, então, uma amostra final de 217 participantes que cumprem os critérios de inclusão definidos.

1.7. Instrumentos de Recolha de Dados

O processo de recolha e posterior tratamento e análise de dados conduz à produção de informação que permite responder a questões que motivam um projeto de investigação. No entanto existem diversas formas de concretizar esta recolha junto dos sujeitos.

É preponderante que “as decisões sobre os processos e instrumentos de colheita de dados estejam em consonância com os objetivos do estudo e com a natureza e características das variáveis selecionadas” (Ramos, 2008, p.62). Fortin (2009) indica que o processo de colheita de dados resulta da recolha sistemática de informação pertinente para a investigação, junto dos participantes, através dos instrumentos de medida escolhidos.

A escolha do método a utilizar faz-se em função da natureza do problema de investigação, das variáveis e da sua operacionalização e depende igualmente da estratégia de análise estatística. Quando o investigador examina as relações entre variáveis numa determinada situação, tentando explicar ou prever um fenómeno, recorre a questionários, entrevistas estruturadas, escalas de medida ou testes normalizados (Fortin, 2009).

Para a recolha de dados utilizou-se o protocolo do projeto *major*, que é composto por um conjunto de questionários já validados para a realidade portuguesa e cuja utilização foi permitida pelos autores.

O questionário permite obter informações sobre factos, comportamentos, sentimentos, expectativas e atitudes dos sujeitos, através do testemunho dos próprios sujeitos que o preenchem, sem assistência e de acordo com a informação que consentem fornecer (Fortin, 2009). É constituído por questões fechadas e/ou abertas, é impessoal e a sua apresentação é uniformizada de forma a assegurar a fidelidade da situação de medida para todos os participantes, o que também potencia um melhor controlo dos enviesamentos (Fortin, 2009). Tem a vantagem de poder ser aplicado, simultaneamente, a um grande número de sujeitos, localizados em diferentes áreas geográficas, uma vez que o seu preenchimento pode ser presencial, via *online* ou ainda enviado por correio. Muitas vezes o anonimato característico

deste método gera nos indivíduos uma maior sensação de segurança e motiva a livre expressão dos seus sentimentos e opiniões.

Uma vez que este é um subestudo da investigação *major*, apenas alguns dos instrumentos foram utilizados para obtenção da informação, sendo enumerados de seguida:

- Questionário sociodemográfico (questões de caracterização sociocultural, pessoal e clínica);
- *CBTS* (Ayers *et al.*, 2018) (versão portuguesa – Donadon *et al.*, 2020);
- *ERRI* (Cann *et al.*, 2011) (versão portuguesa – Ramos *et al.*, 2015).

Os instrumentos acima referidos (anexos II, III, IV, respetivamente) foram disseminados através de num questionário *online*. Para a divulgação foram utilizadas as redes sociais, *e-mail* e *links* para amigos, familiares, colegas de trabalho, entre outros, que reenviaram para outros contactos, dada ser uma amostra por redes. Foi explicado previamente o estudo e solicitado o consentimento informado.

Realiza-se, seguidamente, uma breve descrição de cada um dos questionários:

- Questionário Sociodemográfico e Clínico

Este instrumento permite a recolha de dados de natureza pessoal e sociocultural dos participantes, o que possibilita a caracterização da amostra relativamente a informações como a idade, naturalidade, nacionalidade, concelho, habilitações literárias, profissão e situação profissional, estado civil, número de filhos e rendimento familiar anual. Por outro lado, a continuação do questionário segue um rumo associado às características clínicas das participantes, de forma a aceder à informação associada ao parto, nomeadamente a existência de uma doença significativa na mulher, a paridade da mesma, o planeamento da gravidez, a vigilância e o local de vigilância da gravidez, o tipo de parto, o local onde se desenvolveu o parto, o desenvolvimento do parto de acordo com o planeado, a existência de ameaça à integridade física da mulher e/ou da criança, a existência de um acontecimento de vida negativo nos 5 anos prévios, a vivência de um trauma associado ao parto, a duração do nível de stress associado ao parto, a interrupção de atividades que habitualmente realizava, o apoio de profissionais de saúde para o stress vivido, a associação do stress a substâncias e a quantificação do nível de stress experienciado após o acontecimento traumático vivido durante o parto.

- *CBTS - City Birth Trauma Scale*

O instrumento desenvolvido por Ayers e colegas, em 2018, constitui o primeiro e único instrumento concebido com o objetivo de avaliar a presença e severidade de sintomas de TSPT associados ao parto. Trata-se de um questionário de autopreenchimento com perguntas sobre a experiência da mulher em relação ao nascimento do filho, que permitem investigar potenciais acontecimentos traumáticos ocorridos durante ou imediatamente após o trabalho de parto, com o intuito de identificar sintomas de TSPT. É composto por 29 questões, baseadas nos critérios definidos no DSM-5: experiência stressante (A), reexperimentar (B), evitamento (C), alterações cognitivas de humor e cognição (D), e hiperativação (E), bem como a duração dos sintomas (F), sofrimento ou prejuízo significativo (E) e critérios de exclusão ou outras causas (H). Inclui mais dois itens considerados importantes nesta população: a presença de medo intenso, sensação de desamparo ou horror durante o parto; e a existência de sintomas de embotamento emocional (Ayers *et al.*, 2018).

As questões são de resposta fechada, com 4 tipos de pergunta-resposta e cotações diferentes consoante cada item. Valores iguais ou superiores a 3, em cada questão, indicam a presença de sintomatologia identificativa do diagnóstico de TSPT. Para efetuar o diagnóstico de TSPT devem ser cumpridas as seguintes indicações: a presença de 1 ponto na Q1 ou Q2 (Critério A), a presença de 1 ou mais pontos em qualquer pergunta do Q3 ao Q7 (Critério B), pontuar 1 ou mais em Q8 e Q9 (Critério C), obter 1 ou mais em, pelo menos, 2 questões de Q10 a Q16 (Critério D), pontuar 1 ou mais em, pelo menos, 2 questões de Q17 a Q22 (Critério E), pontuar 1 ou mais no Q26 (Critério F), pontuar 1 ou mais em Q27 ou Q28 (Critério G), não pontuar na Q29 (Critério H). No entanto, após a soma das questões 3 a 22, obtém-se o resultado indicativo da gravidade de sintomas de TSPT, que é tanto maior quanto maior o valor da pontuação e pode variar entre 0 a 60.

Este instrumento permite, também, a deteção de 2 *clusters*: para identificar sintomas de TSPT relacionados com o nascimento devem somar-se os resultados das questões 3 a 12 e para reconhecimento de sintomas gerais de TSPT podem somar-se os pontos das questões de 13 a 22. As perguntas 23 e 24 apenas avaliam sintomas dissociativos, para informação complementar.

A versão adaptada para a língua portuguesa mantém as boas qualidades psicométricas, quanto à validade e confiabilidade replicadas da versão original, podendo ser utilizado na pesquisa e clínica prática.

- **ERRI - Event Related Rumination Inventory**

Este instrumento foi desenvolvido por Cann e colaboradores, em 2011, e denomina-se, em português, por Inventário de Ruminação Relacionado com o Acontecimento. Trata-se de um instrumento de autopreenchimento concebido para avaliar o processo cognitivo do pensamento associado ao acontecimento traumático vivido, nomeadamente através da medição dos dois estilos de ruminação (intrusiva e deliberada). Este inventário contempla ainda as alterações transitórias que podem ocorrer entre estes dois estilos e é composto por 20 itens, que se dividem em duas subescalas: uma com 10 declarações relativas a pensamentos intrusivos, que incluem a avaliação do estilo de ruminação intrusiva; e outra com 10 declarações associadas a pensamentos deliberados, que permitem avaliar o estilo de ruminação deliberada. As respostas a cada item são concretizadas através de uma escala de *Likert* de 4 pontos (0 – Nunca, 1 – Algumas Vezes, 2 – Frequentemente, 3- Quase Sempre) e classificam o grau em que os pensamentos ocorreram nas semanas imediatamente após o evento traumático. A pontuação final corresponde ao somatório dos 20 itens e pode variar entre 0 e 60, sendo que valores mais elevados traduzem uma ruminação mais frequente. No entanto, pode ser calculado o resultado para cada subescala, individualmente, através da soma das respostas atribuídas a cada um dos itens nela contidos. Nesse caso, o resultado varia de 0 a 30 para cada uma e pontuações mais altas refletem o predomínio de um dos tipos de ruminação: mais intrusiva ou deliberada. Desta forma, é possível identificar o estilo de processamento cognitivo que o indivíduo apresenta no momento e compreender melhor a sua reação ao acontecimento (Cann *et al.*, 2011).

O ERRI é utilizado em estudos que investigam o CPT, tem excelentes propriedades psicométricas e encontra-se traduzido para a língua portuguesa e validado para a população portuguesa.

1.8. Procedimentos Legais e Éticos

A palavra ética tem origem grega, *ethos*, e significa a conduta autêntica assumida a partir das verdades interiores de cada um. É a ciência prática que estuda os atos humanos enquanto voluntários e uma parte da filosofia encarregue de estudar o agir humano. É uma reflexão filosófica e uma tematização leal sobre o atuar do homem.

O *International Council of Nurses* (ICN) elaborou o Código de Ética para Enfermeiros (2021), que consiste numa declaração dos princípios éticos e responsabilidades dos enfermeiros. Orienta eticamente a prática desta profissão e tem em conta os seus papéis, deveres, comportamentos e relacionamentos. Estas diretrizes dão ênfase à integridade na investigação em enfermagem, que deverá reger-se por princípios éticos e morais, nomeadamente na preocupação com a vulnerabilidade da pessoa e no respeito pelos direitos humanos. Sousa (2011) destacou cinco princípios, determinados por direitos que devem ser cumpridos durante a pesquisa científica. O direito à autodeterminação, que indica que os indivíduos têm a liberdade de escolher participar ou não na investigação, sem a existência de qualquer tipo de persuasão que os influenciem e que permite que, a qualquer momento, as pessoas possam decidir abandonar, sem prejuízo e necessidade de justificação. O direito à intimidade, que relembra que o investigador deve invadir o menor espaço pessoal possível do participante, respeitando a sua privacidade e limitando a informação àquela que o sujeito se dispõe a dar. O direito à confidencialidade e anonimato, que obriga a que as respostas de cada participante não sejam identificadas pelo investigador ou qualquer outra pessoa, pelo que qualquer informação íntima sobre o sujeito não pode ser divulgada sem a permissão do próprio. O direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, que salvaguarda a proteção da pessoa perante algum risco de malefício, sendo que a investigação deve ter um risco mínimo ou nulo de desconforto/prejuízo. O direito a um tratamento justo e equitativo, que enfatiza a necessidade de prestar esclarecimento aos participantes sobre o estudo, os métodos utilizados, a sua duração e consulta de resultados, tratando as pessoas de modo equitativo.

Os princípios éticos acima referidos e inerentes à investigação científica foram considerados e respeitados em todos os processos e etapas da realização deste estudo. Uma vez que esta investigação se desenvolveu como parte integrante do projeto *major* alocado ao CINTESIS/ESEP, a obtenção do parecer positivo por parte da Comissão de Ética da ESEP foi solicitada pelo coordenador do projeto. O projeto teve a aprovação da comissão de ética da ESEP a 09/11/2019, pelo parecer 530/2019. As autorizações para a utilização dos instrumentos de recolha de dados validados para a população portuguesa foram concedidas e encontram-se inseridas no projeto anteriormente referido, existindo consentimento dos seus autores para tal.

Ainda como parte dos procedimentos de natureza ética, no conjunto de questionários utilizado foi garantido o respeito à privacidade, à proteção de dados dos participantes e a aceitação de participação foi de carácter livre e esclarecido, através do consentimento informado aos

participantes, incluído na primeira parte do questionário (procedimento obrigatório para a continuidade do preenchimento). No consentimento informado (aprovado pela Comissão de ética da ESEP) constam os objetivos do estudo, a explicação das questões referentes à participação da pessoa, o procedimento da investigação, os riscos e benefícios da participação, é assumida a confidencialidade e o anonimato dos dados, bem como comunicado que poderiam retirar-se do estudo sem qualquer prejuízo.

1.9. Tratamento de Dados

A forma de proceder ao tratamento dos dados de um estudo está associada à natureza e objetivos da investigação. A análise de dados é, segundo Fortin (2009), o processo através do qual o investigador, em conjunto com métodos estatísticos, visualiza, classifica, descreve e interpreta os dados colhidos. No presente estudo foi realizado o tratamento e análise de dados quantitativos, de forma a refletir sobre os mesmos e a torná-los significativos, conclusivos e fonte de suporte a decisões.

Assim, após a colheita de dados, construiu-se uma base de dados e cumpriu-se o seu tratamento, com recurso ao programa estatístico SPSS 24 (*Statistical Package for Social Sciences*), onde se desenvolveu a análise estatística, através de testes. Esta análise foi realizada de acordo com a prevista no projeto *major*.

O recurso à estatística descritiva é feito numa primeira fase de análise, já a estatística inferencial engloba os testes estatísticos - de associações e de diferenças - que nos permitem concluir, com base nas probabilidades, se as relações identificadas na amostra são válidas na população alvo (Martins, 2011). Durante este período contamos com a colaboração de outros investigadores que participam no projeto. Para cada um dos instrumentos foram utilizadas as estratégias preconizadas pelos autores dos questionários.

Neste caso foi utilizado o teste paramétrico, coeficiente de correlação de *Pearson*, para averiguar a presença de uma associação significativa entre a sintomatologia de stress pós-traumático, descrita pelos dados de cada parâmetro da escala CBTS bem como o seu somatório, e o tipo de ruminação. O valor deste teste (r) representa a intensidade e direção da associação, variando entre os valores -1 e +1, isto é, correlação negativa perfeita e correlação positiva

perfeita, pelo que quanto mais afastado de 0 for o valor de r , maior é a força de associação entre as variáveis (Martins, 2011). Também o nível de significância (p) é de relevo pois corresponde ao valor de segurança para a probabilidade de erro. Considera-se a relação estatisticamente significativa se $p < 0,05$, pelo que nesse caso a hipótese de investigação é aceite (assume-se que existe relação entre as variáveis) e a hipótese nula (não existe relação entre as variáveis) é refutada.

Para investigar as diferenças entre variáveis utilizou-se o teste paramétrico *Oneway ANOVA (F)*, de forma a comparar as médias e a verificar se existem diferenças significativas entre as variáveis em estudo. Optou-se por este teste para a análise de variância das médias referentes à sintomatologia de SPT nos diferentes tipos de eventos traumáticos experienciados. Considera-se a relação estatisticamente significativa se $p < 0,05$, pelo que nesse caso aceitamos a existência de uma diferença significativa entre as médias estudadas.

Por último, recorreu-se ainda ao *Qui-Quadrado*, um teste de hipóteses utilizado quando os elementos da amostra estão divididos em duas ou mais categorias e tem por objetivo comparar proporções, ou seja, investigar possíveis divergências entre as frequências observadas e esperadas para um determinado acontecimento (Firmino, 2015). Neste estudo, este teste não paramétrico foi adequado para averiguar a existência de possíveis associações entre duas variáveis nominais, nomeadamente entre o diagnóstico de TSPT e a paridade e entre o diagnóstico de TSPT e o tipo de parto vivido. Para interpretar o seu resultado deve-se observar o valor de p : valores inferiores a 0,05 são considerados estatisticamente significativos, aceita-se a hipótese de investigação e admite-se a existência de diferenças. Em tabelas 2x2, quando existem frequências esperadas inferiores a 5, como é o caso, deve utilizar-se a prova de *Fisher*. Através da análise da tabela é possível identificar as diferenças.

Os dados obtidos são apresentados, seguidamente e é realizada a análise descritiva dos mesmos, com posterior reflexão e análise inferencial dos resultados.

2. Apresentação dos resultados

No presente subcapítulo expõem-se e analisam-se os dados obtidos através dos 217 questionários, tendo em conta as várias dimensões dos instrumentos de recolha de dados

utilizados. A primeira fase do processo de análise de dados faz-se com recurso à análise estatística, que engloba um conjunto de medidas que permitem concretizar uma descrição sumária de um conjunto de dados (Howell, 2010). Assim, primeiramente, caracteriza-se a amostra do estudo e apresentam-se os dados fornecidos pelas participantes através da aplicação dos instrumentos relevantes para a investigação. Posteriormente, a estatística inferencial possibilita a retirada de conclusões acerca da população alvo, tendo em conta os resultados obtidos, pela amostra, nos testes estatísticos de associações e diferenças (Howell, 2010). Assim, estudam-se as hipotéticas associações entre variáveis, bem como a variância entre grupos dos resultados obtidos, de acordo com os objetivos propostos para este estudo.

Apenas são mencionados resultados que se considerem pertinentes e dados estatisticamente significativos. Alguns destes valores estão apresentados sob a forma de tabelas, de forma a potenciar a análise dos mesmos, após processamento informático no programa *SPSS*.

2.1. Análise Descritiva

Neste subcapítulo é realizada a caracterização das 217 participantes em relação às suas características sociodemográficas, às particularidades da gravidez e do momento do parto. Os dados são explicitados também através de tabelas.

2.1.1. Caracterização dos Participantes

- **Caracterização sociodemográfica**

A amostra do presente estudo é, então, constituída por 217 participantes do sexo feminino, residentes no Norte e Centro de Portugal, com idades compreendidas entre os 18 e os 46 anos, sendo a média de idades de 33,61 anos. Relativamente às habilitações literárias, a maioria das participantes detém um grau académico de bacharelato ou superior ($n=176$; 81,1%), 34 (15,7%) mulheres cumpriram o ensino até ao nível secundário e apenas 7 (3,2%) pessoas estudaram até ao ensino básico.

Das inquiridas, 183 (84,3%) mulheres encontravam-se empregadas e 34 (15,7%) estavam desempregadas. Quanto à sua atividade laboral detetou-se uma grande variedade de profissões, no entanto a maioria das mulheres desempenham funções na área da saúde (n=67; 30,8%), 10 (4,6%) exercem funções educacionais, 26 (12%) pertencem à área de administração e/ou gestão e 21 (9,7%) estão empregadas na área de comércio. As restantes profissões não apresentam frequência superior a 4.

Analisando o estado civil das participantes objetiva-se que 121 (55,8%) das mulheres são casadas, 79 (36,4%) vivem em união de facto, 12 (5,5%) são solteiras e 5 (2,3%) divorciadas.

Da totalidade das participantes, 210 das mulheres têm filhos e as 7 restantes não têm.

Verificou-se que a maioria (n=94; 43,3%) das mulheres tem rendimentos familiares anuais entre 10.001 e 20.000 euros, 76 (35%) participantes angariam entre 20.001 e 37.500 euros, 23 (10,6%) mulheres pertencem a famílias com rendimento entre 37.501 e 70.000 Euros, 15 (6,9%) pessoas referem rendimentos inferiores a 10.000 euros e 9 (4,1%) participantes auferem valores superiores a 70.001 euros.

Tabela 1 Características sociodemográficas das participantes

Idades	Média	33,61	
	Mínima	18	
	Máxima	45	
		Frequência	Percentagem
Habilitações Literárias	Ensino Básico Completo	7	3,2%
	Ensino Secundário Completo	34	15,7%
	Grau académico	176	81,1%
Emprego	Empregada	183	84,3%
	Desempregada	34	15,7%
Atividade Laboral	Saúde	67	30,8%
	Educação	10	4,6%
	Administração e Gestão	26	12%
	Comércio	21	9,7%
	Outras	93	42,9%
Estado Civil	Solteira	12	5,5%
	Divorciada	5	2,3%
	União de facto	79	36,4%
	Casada	121	55,8%
Rendimento Familiar Anual	Inferior a 10.000€	15	6,9%
	Entre 10.001€ e 20.000€	94	43,3%
	Entre 20.001€ e 37.500€	76	35%
	Entre 37.501€ e 70.000€	23	10,6%
	Igual ou superior a 70.001€	9	4,1%

- Caracterização clínica

A maioria das participantes (84,8%) não possui uma doença que considere significativa (n=184) e apenas 33 (15,2%) mulheres indicaram a presença de uma doença.

Quanto à paridade das mulheres em estudo, 144 (66,4%) das mulheres são primíparas e 73 (33,6%) são múltiparas.

Relativamente à gravidez que deu origem ao momento de parto abordado no questionário, 165 (76%) mulheres referiram que foi planeada, já 52 (24%) não projetaram essa gravidez. Quando questionadas sobre a vigilância da gravidez, todas as 217 participantes tiveram acompanhamento. A maioria destas mulheres viveu um parto vaginal com recurso a ventosa ou fórceps (n=111, 51,2%), 82 (37,8%) mulheres experienciaram um parto por cesariana e em 24 (11,1%) parturientes desenrolou-se um parto vaginal. Este momento desencadeou-se no hospital/maternidade em 216 das mulheres do estudo, pelo que apenas uma participante não viveu o parto neste local.

Para a maioria das participantes (71%, n=154) o parto não decorreu de acordo com o que planearam, por outro lado 63 (29%) mulheres viveram este momento conforme o arquitetaram. Das mulheres em estudo 127 (58,5%) confessaram ter sentido, durante o parto, que a sua integridade física poderia estar comprometida, por outro lado 90 (41,5%) participantes não experienciaram essa sensação (41,5%). Por outro lado, quando inquiridas sobre a mesma situação relativamente à integridade da criança, houve um maior equilíbrio nas respostas: 50,2% (n=109) das participantes temeu pelo bebé e 49,8% (n=108) não sentiram esse receio.

Na abordagem relativa à presença de um evento traumático associado ao parto, 58 (26,7%) mulheres relataram o trauma perineal, 46 (21,2%) tiveram uma alteração inesperada do tipo de parto, a 43 (19,8%) participantes foi impedida a presença do companheiro no momento em causa, o recurso a fórceps/ventosa foi indicado como traumático por 31 (14,3%) mulheres, a ausência de controlo da dor durante o parto foi referida por 25 (11,5%) mulheres, 10 pessoas não descreveram o trauma sentido (4,6%), 2 (0,9%) pessoas indicaram a falta de privacidade como traumática e 2 (0,9%) pessoas deram à luz no local indesejado.

O nível de stress percebido no momento após o acontecimento traumático, referido por cada participante, refletiu-se em extremamente stressante para 152 (70%) mulheres, muito stressante para 30 (13,8%) participantes, 6 (2,8%) descreveram como bastante stressante, 16 (7,4%) pessoas referiram ser pouco stressante e outras 13 (6%) classificaram como nada

stressante. 125 (57,6%) pessoas viveram este stress por mais de 3 meses (57,6%), 37 (17,1%) pessoas experienciaram esses níveis de stress durante 1 a 3 meses e 55 (25,3%) mulheres viveram menos de um mês o stress referido.

Durante o tempo em que perduraram esses sintomas, 101 (46,5%) pessoas deixaram de fazer atividades que realizavam habitualmente no quotidiano, 63 (29%) participantes por vezes abdicaram dessas atividades e 53 (24,4%) mulheres não deixaram de realizar essas mesmas atividades.

Tabela 2 Características clínicas das participantes

		Frequência	Percentagem
Presença de doença significativa	Sim	33	15,2%
	Não	184	84,8%
Paridade	Primíparas	144	66,4%
	Múltiparas	73	33,6%
Gravidez planeada	Sim	165	76%
	Não	52	24%
Parto	Vaginal (recurso a fórceps/ventosa)	111	51,2%
	Cesariana	82	37,8%
	Vaginal	24	11,1%
Parto decorre como planeado	Sim	63	29%
	Não	154	71%
Sensação de compromisso da sua integridade física	Sim	127	58,5%
	Não	90	41,5%
Sensação de compromisso da integridade física da criança	Sim	109	50,2%
	Não	108	49,8%
Evento traumático associado ao parto	Trauma Perineal	58	26,7%
	Alteração inesperada do tipo de parto	46	21,2%
	Impedimento da presença do parceiro (a)	43	19,8%
	Uso de fórceps/ventosa	31	14,3%
	Falta de controlo da dor	25	11,5%
	Não referem	10	4,6%
	Falta de privacidade	2	0,9%
	Local de parto indesejado	2	0,9%
Stress experienciado após o acontecimento traumático	Extremamente stressante	152	70%
	Muito stressante	30	13,8%
	Bastante stressante	6	2,8%
	Pouco stressante	16	7,4%
	Nada stressante	13	6%
Tempo durante o qual perdurou o stress	Mais de 3 meses	125	57,6%
	Entre 1 e 3 meses	37	17,1%
	Menos de 1 mês	55	25,3%
Abdicou de atividades habituais no quotidiano enquanto o stress perdurou	Sim	101	46,5%
	Por vezes	63	29%
	Não	53	24,4%

- Resultados descritivos da sintomatologia de stress pós-traumático

Na avaliação de sintomas de stress pós-traumático, os resultados foram analisados com base na aplicação da CBTS. A análise descritiva baseada na análise por médias e desvios dos diferentes grupos de sintomas de avaliados na CBTS encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3 Análise descritiva dos resultados obtidos na CBTS

		Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Critério Sintomatológico	Reexperimentar	0	15	9,86	4,91
	Evitamento	0	6	3,43	2,46
	Alterações negativas de cognição e humor	0	21	12,46	6,99
	Hiperativação	0	18	10,65	5,88
Totalidade de Sintomas TSPT		0	60	36,41	18,75

Foi possível verificar que se atingiram os valores mínimos e máximos, permitidos na quantificação da CBTS, em cada um dos parâmetros. É perceptível que as participantes têm sintomas de TSPT, associados aos seus diferentes critérios, pelas médias elevadas obtidas em cada um deles. O valor correspondente à totalidade de sintomas de TSPT foi de 36,41, considerado significativamente alto, o que indica gravidade na sintomatologia experienciada por estas mulheres.

Também pela aplicação da CBTS, foi possível identificar que 132 (60,8%) mulheres apresentaram valores indicativos do diagnóstico de TSPT e 85 (39,2%) participantes não tinham critérios para a nomeação deste diagnóstico (Tabela 4).

Tabela 4 Identificação do diagnóstico de TSPT

Diagnóstico de TSPT	Frequência	Porcentagem
Presente	132	60,8%
Ausente	85	39,2%

- Resultados descritivos da ruminação

Para a compreensão da existência de pensamentos intrusivos e/ou deliberados, associados ao crescimento pós-traumático, fez-se a análise dos resultados obtidos com a aplicação do ERRI, que avalia os tipos de ruminação. Segue-se a tabela 5 com os valores referentes a esta abordagem.

Tabela 5 Análise descritiva dos dados obtidos no ERRI

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Ruminação Intrusiva	2	30	23,26	7,86
Ruminação Deliberada	0	30	16,65	8,49
Ruminação Dominante				
	Frequência		Porcentagem	
Intrusiva	161		74,2%	
Deliberada	56		25,8%	

Pela análise das médias alcançadas nos dois estilos de ruminação, compreendeu-se que as participantes apresentaram mais pensamentos intrusivos do que deliberados, ainda que tenham

evidenciado ambos. Com a aplicação deste instrumento reconheceu-se que ruminação intrusiva foi dominante na maioria das mulheres ($n= 161$; 74,2%) e que a deliberada controlou os pensamentos de 56 (25,8%) das participantes.

2.2. Análise Inferencial

A análise estatística seguidamente apresentada tem como objetivo encontrar resposta para os objetivos da investigação, tendo por base a confirmação ou negação das associações entre as variáveis dependentes (sintomatologia de stress pós-traumático e tipo de ruminação) e independentes (tipo de parto, paridade, existência de um acontecimento negativo associado ao parto). A discussão dos resultados obtidos é concretizada no subcapítulo seguinte. Relativamente às hipóteses de investigação:

Hipótese 1 - Existe uma correlação estatisticamente significativa entre a sintomatologia de stress pós-traumático e a ruminação, em mulheres que vivenciaram um evento de parto traumático.

Com o objetivo de avaliar a relação entre a diferente sintomatologia de stress pós-traumático e os dois tipos de ruminação, com base na CBTS e no ERRI, e de que forma se influenciam, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. Assim é possível verificar a existência da relação entre as duas variáveis, mas também quantificá-la pela análise do valor de r (que pode variar entre -1 e +1).

Desta forma, através deste método estatístico, concretizou-se a análise das relações existentes entre os diversos critérios de sintomatologia de stress pós-traumático (reexperimentar, evitamento, alterações negativas de cognição e humor, hiperativação, totalidade de sintomas de TSPT) e a ruminação (intrusiva e deliberada). As correlações são apresentadas na seguinte tabela e as análises foram realizadas com base nela.

Verifica-se que, para todas as correlações, o valor de significância (p) é inferior a 0,001. Desta forma, rejeita-se a hipótese nula e aceita-se a hipótese de investigação proposta, pois existe evidência significativa de relação entre as variáveis. Assim, podemos afirmar que existe uma correlação estatisticamente significativa entre a sintomatologia de stress pós-traumático e a

ruminação intrusiva e deliberada, em mulheres que vivenciaram um evento de parto traumático.

Tabela 6 Coeficientes da correlação de Pearson entre a sintomatologia de TSPT e a ruminação

		Ruminação Intrusiva	Ruminação Deliberada
Reexperimantar	<i>r</i>	0,610**	0,391**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
Evitamento	<i>r</i>	0,587**	0,392**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
Alterações negativas de cognição e humor	<i>r</i>	0,587**	0,411**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
Hiperativação	<i>r</i>	0,517**	0,293**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000
Total de sintomas de TSPT	<i>r</i>	0,618**	0,399**
	Sig. (bilateral)	0,000	0,000

** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades)

Os resultados obtidos, apresentados na sua totalidade no anexo V, foram:

- Há uma correlação positiva, forte e altamente significativa ($r=0,610$; $N=217$; $p<0,001$) entre a sintomatologia do critério reexperimantar e a ruminação intrusiva;
- Há uma correlação positiva, fraca e altamente significativa ($r=0,391$; $N=217$; $p<0,001$) entre a sintomatologia do critério reexperimantar e a ruminação deliberada;
- Há uma correlação positiva, moderada e altamente significativa ($r=0,587$; $N=217$; $p<0,001$) entre a sintomatologia do critério evitamento e a ruminação intrusiva;
- Há uma correlação positiva, fraca e altamente significativa ($r=0,392$; $N=217$; $p<0,001$) entre a sintomatologia do critério evitamento e a ruminação deliberada;
- Há uma correlação positiva, moderada e altamente significativa ($r=0,587$; $N=217$; $p<0,001$) entre a sintomatologia do critério alterações negativas de cognição e humor e a ruminação intrusiva;
- Há uma correlação positiva, fraca e altamente significativa ($r=0,411$; $N=217$; $p<0,001$) entre a sintomatologia do critério alterações negativas de cognição e humor e a ruminação deliberada;
- Há uma correlação positiva, moderada e altamente significativa ($r=0,517$; $N=217$; $p<0,001$) entre a sintomatologia do critério hiperativação e a ruminação intrusiva;

- Há uma correlação positiva, fraca e altamente significativa ($r=0,293$; $N=217$; $p<0,001$) entre a sintomatologia do critério hiperativação e a ruminação deliberada;
- Há uma correlação positiva, forte e altamente significativa ($r=0,618$; $N=217$; $p<0,001$) entre a totalidade de sintomas de TSPT e a ruminação intrusiva;
- Há uma correlação positiva, fraca e altamente significativa ($r=0,399$; $N=217$; $p<0,001$) entre a totalidade de sintomas de TSPT e a ruminação deliberada.

Assim concluímos que todas as correlações entre a diferente sintomatologia de TSPT e a ruminação, quer intrusiva quer deliberada, foram altamente significativas uma vez que o valor de $p<0,001$. Mostraram-se também positivas, ou seja, quando uma variável aumenta a outra também aumenta e a força da correlação variou entre fraca e forte, pois o valor de r esteve compreendido entre $+0,293$ e $+0,618$. A correlação entre a totalidade de sintomas de TSPT e a ruminação intrusiva foi a relação que se destacou por ser a mais forte.

Em suma e corroborando a hipótese 1, quando a sintomatologia de TSPT aumenta, a ruminação também se torna mais evidente, e vice-versa.

Hipótese 2 - Existem diferenças estatisticamente significativas na sintomatologia de stress pós-traumático em função do evento traumático associado ao parto.

Com o objetivo de compreender o efeito das diferentes experiências traumáticas associadas ao parto (variável independente) no desenvolvimento de stress pós-traumático (variável dependente), recorreu-se ao teste estatístico para análise de variância *Oneway ANOVA (F)*. Desta forma é possível identificar a relação e existência de diferenças entre estas variáveis pela comparação das médias dos valores obtidos na CBTS, nas suas diversas dimensões, entre os 8 grupos de eventos traumáticos identificados (trauma perineal, uso de fórceps/ventosa, mudança inesperada do tipo de parto, local de parto indesejado, impedimento da presença do parceiro, falta de privacidade, falta de controlo da dor, trauma não referido). Segue-se a tabela para apresentação dos resultados mais relevantes.

Pela análise da tabela 7, atestamos que existem diferenças estatisticamente significativas nos valores referentes à maioria das dimensões da sintomatologia de stress pós-traumático entre os 8 grupos, uma vez que o valor de p é inferior a 0,05 em todas as avaliações: reexperimentar ($F=3,388$; $p=0,002$), evitamento ($F=4,916$; $p=0,000$), alterações negativas de cognição e humor

($F=2,350$; $p=0,025$), e total de sintomas de TSPT ($F=2,641$; $p=0,012$); exceto na dimensão: hiperativação ($F=1,138$; $p=0,340$).

Tabela 7 Comparação de valores relativos ao stress pós-traumático consoante o tipo de evento experienciado no parto e aplicação do teste Oneway ANOVA para análise da variância

		SINTOMATOLOGIA									
		Reexperimentar		Evitamento		Alterações negativas de cognição e humor		Hiperativação		Total de sintomas de TSPT	
		Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
E V E N T O T R A U M Á T I C O	Trauma perineal	8,90	5,68	2,97	2,59	11,55	7,85	9,59	6,74	33,00	21,65
	Alteração inesperada do tipo de parto	10,87	3,89	4,09	2,32	13,13	6,23	11,46	5,08	39,54	15,95
	Impedimento da presença do parceiro (a)	11,63	4,58	3,88	2,11	14,49	6,25	11,79	4,96	41,79	16,29
	Uso de fórceps/ventosa	9,03	5,15	3,32	2,57	12,35	8,20	10,03	7,13	34,74	21,59
	Falta de controlo da dor	10,36	4,01	4,20	2,10	12,76	5,64	11,68	5,22	39,00	14,90
	Falta de privacidade	7,50	4,95	0,50	0,71	8,00	8,49	8,00	11,31	24,00	25,46
	Local de parto indesejado	11,00	2,83	4,00	2,83	16,00	4,24	11,00	4,24	42,00	14,14
	Não refere	4,80	2,86	0,10	0,32	5,70	1,25	8,00	3,13	18,60	5,44
		F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
		3,388	0,002	4,916	0,000	2,350	0,025	1,138	0,340	2,641	0,012

Neste sentido, é possível rejeitar a hipótese nula e corroborar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos grupos estudados em todas as dimensões da escala CBTS, nomeadamente na totalidade de sintomas de TSPT, à exceção da dimensão “hiperativação” em que $p>0,05$. Neste último caso, somos obrigados a aceitar a hipótese nula e a rejeitar a hipótese de investigação, afirmando que não existe evidência estatística significativa de diferenças entre as médias dos diferentes grupos na sintomatologia de hiperativação. Além desta conclusão, após comparação das médias obtidas por cada grupo nestes diferentes domínios, e conforme pode ser observado anexo VI, certificamos que:

- O grupo de pessoas que viveu a experiência traumática de não ter a presença do parceiro durante o parto evidenciou médias mais altas, relativamente aos restantes grupos, na sintomatologia dos domínios reexperimentar e hiperativação;

- O grupo de pessoas que viveu a experiência traumática de falta de controlo da dor durante o parto evidenciou médias mais altas, relativamente aos restantes grupos, na sintomatologia do domínio evitamento;
- O grupo de pessoas que viveu a experiência traumática de dar à luz num local indesejado gerou médias mais altas, relativamente aos restantes grupos, na sintomatologia do domínio alterações negativas de cognição e humor e na totalidade de sintomas de TSPT.
- Relativamente à totalidade de sintomas de TSPT, verificou-se que a seguir ao local de parto indesejado, o evento traumático que mais gera este tipo de sintomatologia é o impedimento da presença do companheiro, seguido da mudança inesperada do tipo de parto, seguido da falta de controlo da dor, seguido do uso de fórceps/ventosa, do trauma perineal, da falta de privacidade e, por último, do trauma não especificado.

Em suma, estes dados permitem-nos assumir que existem evidências significativas de diferenças na sintomatologia de stress pós-traumático e na sua gravidade em função do evento traumático associado ao parto, na sua globalidade. Esta hipótese apresenta a exceção de não se verificar estatisticamente significativa para sintomatologia do tipo hiperativação.

Hipótese 3 – Existe uma associação estatisticamente significativa entre a paridade e o diagnóstico de TSPT.

De acordo com os resultados obtidos pela aplicação da CBTS, que permitiram a identificação do diagnóstico de TSPT, e os dados relativos à paridade, concretizou-se a seguinte tabela:

Tabela 8 Tabulação cruzada da paridade e diagnóstico de TSPT

		Diagnóstico de TSPT		Total
		Sim	Não	
Paridade	Primíparas	84	60	144
	Múltiparas	48	25	73
Total		132	85	217

Da análise da tabela 8, que apresenta a tabulação cruzada entre a paridade (primípara ou múltipara) e o diagnóstico de TSPT, apuramos que, de todas as mulheres primíparas, 84 foram diagnosticadas com TSPT (58,3%) e 60 (41,7%) não foram diagnosticadas com esse transtorno. Por outro lado, da totalidade das mulheres múltiparas, que eram apenas 73 entre as 217 participantes, 65,8% (n=48) apresentava o diagnóstico de TSPT e apenas 34,2% (n=25) das múltiparas não possuía o transtorno. Em suma, percebe-se que houve uma maior prevalência

de TSPT nas múltiparas, comparativamente às primíparas. Ainda assim, quer nas primíparas quer nas múltiparas, a maioria das participantes possuía o diagnóstico de TSPT, segundo a CBTS.

Para avaliar a relação entre estas duas variáveis, tendo em conta os resultados explanados no parágrafo acima e apresentados no anexo VII, foi utilizado o teste qui-quadrado de *Pearson*.

Tabela 9 Teste Qui-quadrado de Pearson para associação entre a paridade e o diagnóstico de TSPT

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig. Exata (2 lados)	Sig. Exata (1 lado)
Qui-quadrado de <i>Pearson</i>	1,119 ^a	1	0,290		
Correção de continuidade	0,830	1	0,362		
Razão de verossimilhança	1,129	1	0,288		
Teste Exato de Fisher				0,307	0,181
N casos Válidos	217				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é de 28,59.

O teste do qui-quadrado de *Pearson* permite relacionar duas variáveis categóricas. Para interpretar este teste estatístico deve-se ter em conta o valor de *p*, que sendo inferior a 0,05 é considerado significativo. Assim, conforme análise da tabela 8, e porque o valor do teste exato de *Fisher* é maior que 0,05 ($p=0,307$), não é possível aceitar a hipótese de investigação. Desta forma os resultados indicam que devemos aceitar a hipótese nula que indicam que, nesta amostra, não existe uma associação estatisticamente significativa entre a paridade e o diagnóstico de TSPT.

Hipótese 4 – Existe uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto vivido e o diagnóstico de TSPT.

De acordo com os resultados obtidos através da aplicação da CBTS, que permitiram a identificação do diagnóstico de TSPT, e os dados relativos ao tipo de parto concretizou-se a seguinte tabela:

Tabela 10 Tabulação cruzada do tipo de parto vivido e diagnóstico de TSPT

		Diagnóstico de TSPT		Total
		Sim	Não	
Tipo de Parto	Vaginal	16	8	24
	Vaginal (Forceps/Ventosa)	61	50	111
	Cesariana	55	27	82
Total		132	85	217

Da análise da tabela 10, que apresenta a tabulação cruzada entre o tipo de parto vivido (vaginal, vaginal com recurso a fórceps e/ou ventosa, cesariana) e o diagnóstico de TSPT, concluiu-se que das 24 mulheres que viveram um parto vaginal, a maioria ($n=16$) desenvolveu TSPT e 8 não foram diagnosticadas com esse transtorno. Relativamente às 111 participantes que experienciaram um parto vaginal com recurso a instrumentação como fórceps ou ventosa, a

maioria (n=61) foi diagnosticada com TSPT e as outras 50 mulheres não desenvolveram o diagnóstico. Por fim, dentro do grupo de parturientes (n=82) a quem foi realizada cesariana, o diagnóstico de TSPT tornou-se evidente em 55 delas e em 27 pessoas não foi diagnosticado esse transtorno. No entanto, nos três tipos de parto diferentes, a maioria das mulheres apresentava TSPT.

Foi também possível entender que a maior parte das mulheres com diagnóstico de TSPT tinha vivido um parto vaginal com recurso a fórceps e/ou ventosa, seguidas das que experienciaram um parto por cesariana. Quanto às participantes que não sofreram de TSPT, a maior parte tinha dado à luz através de um parto vaginal com recurso a fórceps e/ou ventosa e a minoria eram parturientes que expulsaram o recém-nascido num parto vaginal.

Para avaliar a relação entre estas duas variáveis, tendo em conta os resultados explanados no parágrafo acima e no anexo VIII, foi utilizado o teste qui-quadrado de *Pearson*.

Tabela 11 Teste Qui-quadrado de Pearson para associação entre o tipo de parto e o diagnóstico de TSPT

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3,292 ^a	2	0,193
Razão de verossimilhança	3,305	2	0,192
Associação Linear por Linear	0,638	1	0,424
N casos Válidos	217		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,40.

Como podemos observar, pela análise da tabela 11, o valor do teste qui-quadrado de *Pearson* foi de 3,30 e o nível de significância (*p*) de 0,193. Desta forma, porque o valor de *p* é superior a 0,05, rejeita-se a hipótese de investigação e aceita-se a hipótese nula, que indica que não existe uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de parto e o diagnóstico de TSPT.

3. Discussão

O presente subcapítulo tem em vista o debate e interpretação dos resultados, ou seja, pretende-se examinar com alguma profundidade os resultados com base no problema em estudo, nos referenciais teóricos e nos objetivos da investigação. Desta forma, para se retirarem conclusões dos resultados obtidos e para se compreenderem as suas implicações, é realizada a comparação dos dados resultantes com investigações que exploraram o mesmo fenómeno e com a prática profissional. Aliado ao pensamento crítico, a discussão centra-se na atribuição de um significado aos resultados encontrados, na sua relevância para a disciplina, na sua generalização e possíveis

implicações (Fortin, 2009). No atual estudo, a discussão gera-se em torno da verificação das hipóteses, pelo que incidirá sobre os resultados significativos previstos, mas também nos que se demonstraram diferentes dos preditos.

Um dos propósitos deste estudo inclui a caracterização da amostra quer do ponto de vista sociodemográfico quer do ponto de vista clínico, relativamente à gravidez e ao momento do parto em questão. Anteriormente foi já explanada a análise descritiva destas variáveis, estabelecendo os principais traços da amostra.

De acordo com o segundo objetivo: avaliar o nível de stress percebido após a vivência de acontecimentos percebidos como traumas, averiguou-se que a grande maioria das participantes identificou o stress experienciado como extremamente stressante (70%), muito (13,8%) ou bastante (2,8%) stressante, com uma duração superior a 3 meses (57,6%) e com efeitos negativos nas atividades habituais do quotidiano, com abdicação das mesmas durante o tempo em que o stress perdurou (46,5%). Selye, o “pai da stressologia” explicava o stress como uma resposta do organismo, de esforço físico e psicológico, para se adaptar a situações entendidas como ameaçadoras. Assim, percebe-se que estas mulheres, entendendo o parto como uma dessas situações, desencadearam esta mesma resposta. A investigação indica que há uma parte das mulheres que vive um profundo distress após o parto (Elmir *et al.*, 2010). No estudo de Kowalska *et al.* (2014) 61 de 100 mulheres relataram níveis de stress elevados, associados ao momento do parto. Já Alcorn *et al.* (2010) detetaram que 45,5% das mulheres investigadas relataram a experiência de parto como traumática.

Esta sensação de stress surge também quando as mães relembram conversas com os profissionais de saúde relativas ao momento do parto, verificaram Elmir *et al.* (2010). Desta forma, a equipa de enfermagem deve esperar que a vivência de distress esteja presente na maioria dos progenitores (Callahan e Borja, 2008) e adequar a sua intervenção perante essa situação. Por outro lado, tal como os resultados encontrados corroboram, nem sempre a resposta desencadeada nestes momentos é de distress, pelo que alguns estudos revelam a existência de uma minoria de mulheres que considerou a vivência nada ou pouco stressante (Kowalska *et al.*, 2014).

O nível de stress no período antenatal é um dado de relevo descrito por Söderquist *et al.* (2009), que compreenderam que mães com altos níveis de stress pré-parto apresentavam maior risco de desenvolver TSPT no pós-parto. Esta condicionante poderá ser estudada, numa futura

investigação de forma a perceber a sua influência na análise dos resultados obtidos com o presente trabalho.

Após a exposição a um evento traumático, como o parto, o sofrimento psicológico pode ser intenso e/ou prolongar-se no tempo (Kendall-Tackett, 2014). No presente trabalho, para a maioria das mulheres, o stress perdurou por mais de três meses, para 17,1% da amostra durou entre 1 a 3 meses e 25,3% das participantes viveram stressadas menos de um mês. A investigação de Adams *et al.* (2011), realizada com mais de 55000 mulheres, concluiu que houve um declínio dos valores de distress entre as 30 semanas de gestação e 6 meses após o parto. No entanto, ao fim desse tempo, ainda se identificava a presença de distress. No estudo de White *et al.* (2006), 10,5% das mulheres apresentavam distress significativo e alguns sintomas de stress pós-traumático 6 semanas após o parto. Ao fim de 6 meses 5,9% mantinham o quadro clínico.

Um evento traumático afeta negativamente o bem-estar mental pelo distress vivenciado, que interfere com a capacidade funcional da pessoa (Davidson *et al.*, 2009). Como se compreendeu nesta investigação, a globalidade das participantes abdicou das suas atividades de vida diárias durante o tempo em que o stress perdurou, 29% das mulheres por vezes prescindiram das atividades devido ao stress e, por outro lado, 24,4% não se mostrou afetada nas tarefas do quotidiano.

Lev-Wiesel *et al.* (2009) entenderam que o distress experienciado aquando do parto pode gerar sintomas de SPT no pós-parto e intensificá-los 6 meses após o nascimento do bebé. Ou seja, uma resposta de stress traumático associado ao parto foi um forte indicador de TSPT, nesse contexto (Chan *et al.*, 2020).

Seguidamente, de acordo com o terceiro e quarto objetivos, explorou-se a evidência de sintomatologia característica do diagnóstico de TSPT e avaliou-se a interação de outros fatores no desenvolvimento do mesmo.

Foi perceptível através da aplicação da CBTS e da interpretação dos resultados que a maioria das participantes apresentava critérios para o diagnóstico de TSPT (60,8%) e apenas uma minoria não tinha critérios sintomatológicos para a nomeação do mesmo. Os resultados relativos às médias dos diferentes *clusters* de sintomas (reexperimentar, evitamento, alterações negativas de cognição e humor e hiperativação) foram considerados significativamente altos, pelo que permitem confirmar a elevada gravidade dos mesmos. Também o valor correspondente à

totalidade de sintomas identificados na amostra deste estudo foi identificado como alto, demonstrando a severidade da sintomatologia vivida por estas mulheres.

Pesquisas nesse sentido apontam para um risco de desenvolvimento deste transtorno desde a gestação até ao primeiro ano após o parto, com uma prevalência de 3,3 e 4% respetivamente (Cook *et al.*, 2018). Também Dekel *et al.* (2017) verificaram que o momento do parto resultou no desenvolvimento de sintomas de TSPT pós-parto, sendo que a sua prevalência variou entre 9,6 e 27,3%.

Radoš *et al.* (2019) analisaram os diferentes valores que compõem a escala e compreenderam que todos eles eram significativamente mais elevados em mulheres que tinham indicado o parto como traumático. No trabalho de Cigoli *et al.* (2006) apenas 1,25% das mulheres apresentaram o diagnóstico de TSPT, no entanto a população de mulheres que exibiam sintomatologia de stress pós-traumático foi bastante significativamente (28,75%). Ao explorar três dos *clusters* de sintomas do diagnóstico estes autores concluíram que 12 a 15% dos sintomas relatados pelas mulheres no pós-parto pertenciam ao critério reexperimentar, 2 a 7% ao evitamento e 25 a 27% à hiperativação. Ayers *et al.* (2009), que encontraram os critérios necessários para o TSPT em 21% das mulheres, verificaram que sintomas de hiperativação e reexperimentar foram mais frequentes do que sintomas de evitamento e alterações negativas de humor e cognição. Os resultados que encontramos ao longo da investigação apresentada nesta dissertação são, por vezes, idênticos a estes dados, ainda que nem sempre correspondam à evidência encontrada pelos dois autores supracitados. Apurámos que a sintomatologia do critério reexperimentar foi a que obteve uma média mais alta, seguida das alterações negativas na cognição e humor. Verificámos também que sintomas do tipo hiperativação e evitamento apresentaram valores mais baixos. Shad *et al.* (2011) narraram que as mulheres reportaram reexperiência do parto através de pensamentos intrusivos, como *flashbacks* e pesadelos, ou até reações fisiológicas como lembretes do sucedido como cheiros, sons, sentimentos e visões (Kendall-Tackett, 2014). O comportamento de evitamento incluiu, muitas vezes, atitudes que impediam o contacto com o bebé, a intimidade sexual (Nicholls e Ayers, 2007), e o boicote de possíveis situações que lembravam o nascimento (atividades, lugares ou pessoas) como não comparecer em consultas médicas, de forma a evitar médicos, consultórios, procedimentos invasivos ou o hospital onde ocorreu o parto (Kendall-Tackett, 2014). Relativamente ao *cluster* sintomático de alterações negativas na cognição e humor, as mudanças começaram ou pioraram após o evento traumático, e traduziram-se em crenças e expectativas menos positivas de si mesmas, dos

outros e num estado emocional negativo. Tudo isto interfere com os sentimentos da mulher em relação ao seu bebé e companheiro e gera problemas a longo prazo nesses relacionamentos (Kendall-Tackett, 2014).

Por fim, a hiperativação determinou-se pela presença de um comportamento irritável, diminuição das horas de sono e pela constante atenção excessiva para com o recém-nascido (Kendall-Tackett, 2014).

Através dos factos acima evidenciados percebe-se que a experiência de parto traumático é muito comum entre as mulheres, Modarres *et al.* (2012) identificaram essa vivência em 50% das mulheres. Decorrente dessa informação e sabendo que as características do evento traumático parecem ser mais preditoras do desenvolvimento de sintomas de TSPT comparativamente a outros fatores (Dekel *et al.*, 2017), segue-se a análise da influência de algumas particularidades nesse momento.

As hipóteses de investigação que suscitaram interesse explorar foram descritas na metodologia e testadas anteriormente. A primeira hipótese relaciona a sintomatologia de stress pós-traumático com a presença de ruminação nas participantes. Através dos resultados obtidos percebeu-se que quando a sintomatologia de TSPT aumenta, quer na sua totalidade quer em cada um dos *clusters* sintomáticos, a ruminação (quer a intrusiva quer a deliberada) também se torna mais evidente e vice-versa. Denotou-se que a ruminação intrusiva apresentou uma correlação mais forte do que a deliberada com o total de sintomas de TSPT, ainda que esta última tenha sido igualmente significativa e positiva. Este padrão manteve-se em todas as correlações com os diferentes *clusters* de sintomas, ou seja, a ruminação deliberada apresentou sempre correlações mais fracas do que a intrusiva. Averiguou-se que a correlação mais fraca foi a dos sintomas de hiperativação com a ruminação deliberada, e a mais forte foi a que associou a totalidade de sintomas de TSPT com a ruminação intrusiva.

De acordo com a literatura, a ruminação também tem sido associada ao TSPT (Ehring *et al.*, 2007). Este processo cognitivo surge como uma importante estratégia utilizada por indivíduos com o diagnóstico identificado para controlar a ameaça percebida e é desta forma que, através da luta, ocorre o crescimento e que é possível desenvolver CPT perante o TSPT (Kendall-Tackett, 2014). Tal como no presente trabalho, também Vossbeck-Elsebusch *et al.* (2014) encontraram uma forte e positiva correlação entre a ruminação peritraumática e a gravidade dos sintomas de TSPT. Galpin (2013), ao avaliar pais de bebés prematuros, relatou uma associação importante entre a ruminação e o TSPT, tal como na investigação aqui apresentada. Ao analisar mais

aprofundadamente detetou que tanto a ruminação intrusiva como a deliberada apresentaram correlações positivas e significativas com os sintomas de SPT, assim como com o CPT. Os valores mais significativos encontrados por este autor foram entre a ruminação intrusiva e sintomas de SPT, como na presente investigação, e entre a ruminação deliberada com o CPT.

Também Nightingale *et al.* (2010) declararam que a ruminação intrusiva após o evento traumático previu sintomas de SPT e CPT, por outro lado estes autores encontraram relações que identificam a ruminação deliberada como mais preditora de sintomas do que de CPT. Ainda que se considere que a atribuição precoce de um novo significado ao evento traumático seja dificultadora do processo de crescimento, a investigação de Taku *et al.* (2009) indicou precisamente o oposto: a ruminação deliberada logo após o evento foi mais preditiva de CPT.

No estudo de Zhou e Wu (2016), incidente na população adolescente que viveu um terramoto, a ruminação intrusiva e deliberada esteve associada à gravidade dos sintomas de SPT. E, similarmente à evidência acima descrita, Morgan *et al.* (2017) provaram que tanto a ruminação intrusiva como a deliberada estão associadas a níveis elevados de sintomas de TSPT e de CPT.

Ogińska-Bulik e Michalska (2019) perceberam que a ruminação intrusiva desempenha uma função mediadora entre a gestão emocional e sintomas de TSPT, sendo evidente a sua influência na manutenção desses mesmos sintomas. Ehring *et al.* (2007) teceram também conclusões a esse respeito: a ruminação é preditora da manutenção deste transtorno.

No presente estudo, as mulheres que apresentavam uma gravidade acentuada na totalidade dos sintomas mantinham ativa a ruminação intrusiva, necessária para gerar CPT mas que ocorre numa fase inicial da luta perante a ameaça.

Ehring *et al.* (2007) sugerem que uma avaliação da ruminação pode identificar precocemente um diagnóstico de TSPT, o que permitiria a intervenção atempada.

A segunda hipótese de investigação permitiu-nos assumir que existem diferenças em todos os critérios de sintomatologia do TSPT e na sua gravidade, exceto no *cluster* da hiperativação, em função do evento traumático experienciado durante o parto. Como já vem sendo referido, o parto envolve mudanças fisiológicas significativas como o desequilíbrio hormonal, perda de sangue e peso corporal, aumento do débito cardíaco, dor corporal aguda e privação de sono (Dekel *et al.*, 2017). Quando, além de todas estas alterações, ocorrem experiências de parto negativas por complicações obstétricas, neonatais ou intraparto traumáticas, passa a existir um fator importante implicado no TSPT pós-parto (Dekel *et al.*, 2017). As situações estudadas como

traumáticas, nesta pesquisa, foram: trauma perineal, uso de fórceps/ventosa, alteração inesperada do tipo de parto, impedimento da presença do parceiro (a), falta de controle da dor, falta de privacidade e local de parto indesejado.

Segundo a literatura, o trauma perineal pode envolver disfunção da musculatura do assoalho pélvico e tem consequências como incontinência urinária e fecal, prolapso e disfunção sexual, entre outros (Skinner e Dietz, 2015). Este trauma somático, que ocorre em cerca de 30% dos partos vaginais, pode contribuir para o trauma psicológico e, consequentemente, para o TSPT (Skinner e Dietz, 2015). Também Fairbrother e Woody (2007) verificaram que procedimentos como episiotomia podem aumentar o risco de sintomas de TSPT. Outros autores perceberam que mulheres com complicações obstétricas intraparto como rutura perineal grave tiveram maior incidência de TSPT (Martinez-Vázquez *et al.*, 2021) e que lacerações perineais de terceiro e quarto grau, assim como a aplicação de pressão uterina, durante o parto, demonstraram ser fatores de risco para o desenvolvimento de TSPT (Hernández-Martínez *et al.*, 2020).

O trauma perineal pode, por vezes, ser o resultado de violência obstétrica durante o parto e Yakupova e Suarez (2022) encontraram sintomas de TSPT mais evidentes em mulheres que sofreram este tipo de violência. Outras práticas intraparto como exames vaginais repetidos, realizados por pessoas diferentes, e remoção manual da placenta sem anestesia conferem risco de desenvolvimento de TSPT (Martinez-Vázquez *et al.*, 2021). Na investigação de Moghadam *et al.* (2015) 38,2% das mulheres sujeitas a episiotomia experienciaram TSPT. No presente estudo compreendemos que o trauma perineal apresentou médias significativamente altas nos diferentes tipos de sintomatologia e, consequentemente, na totalidade de sintomas de TSPT, conforme a maior parte da literatura corrobora.

O recurso a fórceps/ventosa será abordado mais à frente, aquando da exploração da última hipótese que relaciona o tipo de parto com o diagnóstico de TSPT. No entanto, da exploração estatística que realizámos percebemos que quando as participantes consideraram o uso de fórceps e ventosa como o evento traumático vivido no parto, a sintomatologia de TSPT apresentada, quer na sua individualidade quer na sua totalidade, foi significativamente alta indicando alguma gravidade. A coincidir com esta descoberta, também Gamble e Creedy (2005) perceberam que, entre outros, a utilização de fórceps e extração por ventosa eram fatores que predisponham a existência de sintomas de TSPT e aumentavam a sua incidência (Moghadam *et al.*, 2015).

A alteração inesperada do tipo de parto constituiu motivo de trauma para algumas das participantes. No estudo de Silva *et al.* (2018) não foram encontradas diferenças significativas na satisfação das puérperas, independentemente se o desfecho do tipo de parto correspondeu ou não à expectativa. Ahmadnejad *et al.* (2021) analisaram o desejo relativo ao tipo de parto em várias mulheres e detetaram que a maioria (67,6%) preferia um parto vaginal, contudo apenas algumas dessas participantes conseguiram concretizar o que pretendiam (59,9%). O mesmo autor provou que a ocorrência do tipo de parto desejado foi preditor de TSPT (Ahmadnejad *et al.*, 2021). Vários outros autores têm verificado que a cesariana de emergência, comparativamente à cesariana eletiva e ao parto vaginal normal, é vivida como uma experiência mais desagradável e fator de risco para o desenvolvimento de TSPT pós-parto (Maggioni *et al.*, 2006; Tham *et al.*, 2007; Mahmoodi *et al.*, 2016). Adewuya *et al.* (2006), similarmente, não encontraram qualquer tipo de relação entre a cesariana eletiva e o TSPT e concluíram que a associação entre o tipo de parto e o TSPT só se verifica na ausência de planeamento destas intervenções/alterações de parto. Experiências de parto prematuro têm sido relacionadas ao diagnóstico em estudo (Olde *et al.*, 2006), o que pode explicar a influência da imprevisibilidade das situações associadas ao parto. Nas participantes da presente investigação que viveram alteração inesperada do tipo de parto foram detetados valores elevados na totalidade da sintomatologia de SPT e nos diferentes *clusters* de sintomas de TSPT, determinando gravidade.

Relativamente ao local do parto, quando este decorre onde não é expectado pode tornar-se um fator traumático para a mulher que o experiencia. A literatura sobre a vivência de parto num local indesejado é ainda escassa e, por isso, houve dificuldade em encontrar evidência científica. Há, porém, alguma pesquisa que aborda a experiência de parto em diferentes locais. Hotelling (2007) refere a escolha do local onde se desenvolve este momento como um fator crucial para uma experiência de parto positiva. Os estudos de Adewuya *et al.* (2006) identificaram uma relação estatisticamente significativa entre o local do parto e o desenvolvimento de TSPT. Por outro lado, Ribeiro (2018) não encontrou associação entre o local do parto e ter sofrido trauma nesse momento. No entanto apenas explorou diferentes locais e não a vivência num local indesejado. O estudo de Furuta *et al.* (2016) indicou que a ausência de sintomas de TSPT é mais comum em mulheres que recorreram a uma unidade liderada por parteiras ou que tiveram um parto planeado no domicílio. Contudo mulheres que deram à luz antes de chegarem ao hospital apresentaram sintomas de stress pós-traumático (Furuta *et al.*, 2016).

A forma como a grávida antecipa e prepara o parto determina várias dimensões que influenciam o bem-estar e comportamento da mulher em relação a esta experiência, principalmente relativamente aos medos e receios. Também Pacheco *et al.* (2005) referem que ao pensar e antecipar o tipo de preparação que pretende, o local onde se desenrolará este momento, o recurso ou não a determinados métodos e técnicas para controlo da dor, a presença de acompanhante, entre outros, a mulher potencia o seu bem-estar no momento do trabalho de parto. No presente trabalho, o grupo de pessoas que viveu a experiência traumática de dar à luz num local indesejado gerou as médias mais altas na sintomatologia de alterações negativas na cognição e humor e na totalidade de sintomas de TSPT, o que demonstrou severidade dos mesmos. Este resultado pode demonstrar a pertinência e necessidade de mais estudos na tentativa de compreender esta vivência.

A presença do(a) companheiro(a) num momento tão marcante do ciclo de vida torna-se uma forma importante de suporte para a mulher. Foi encontrada evidência de que uma perceção de fraco apoio pelo companheiro está particularmente associada à experiência de sintomas de SPT e TSPT (Furuta *et al.*, 2016), o que pode acontecer pela sua ausência. Desta forma o não comparecimento do companheiro no parto foi associado a sintomas de TSPT, parecendo atuar como preditor do mesmo (Cigoli *et al.*, 2006). Também Andersen *et al.* (2012) identificaram esta falta de suporte entre vários fatores de risco para desenvolvimento de sintomas de TSPT. No estudo explanado nesta dissertação averiguámos que pessoas que associaram o impedimento da presença do(a) parceiro(a) apresentaram valores elevados na gravidade de todo o tipo de sintomas de SPT, sendo que foi o evento a gerar mais sintomatologia do critério reexperimentar e hiperativação. Dada a informação recolhida na literatura podemos sugerir que a falta de suporte num momento associado a algum distress possa manter esses níveis acentuadamente altos.

A falta de privacidade é muitas vezes relatada devido a toda a conjectura dos cuidados perinatais como por exemplo nas observações frequentes dos genitais (Ward, 2020). Darilek (2017) refere que a experiência hospitalar, a par da falta de privacidade, pode ofender a dignidade da mulher durante o parto, gerando trauma emocional. Por esta razão, é de extrema importância que os profissionais de saúde respeitem a privacidade da mulher no momento de dar à luz. Na análise inferencial realizada neste estudo concluiu-se que várias mulheres revelam sentir falta de privacidade, o que gera sintomatologia de stress pós-traumático. Relativamente a todos os outros eventos traumáticos vividos no parto, este foi o que gerou as médias mais baixas nos

sintomas de SPT, ainda que sejam valores relevantes e um aspeto a ter em atenção na prática de enfermagem.

Por fim, o último acontecimento traumático associado ao parto, estudado nesta amostra, foi a falta de controlo da dor. A gravidade da dor resultante do parto (contrações, intervenções médicas, etc.) foi descrita como motivadora do distress experienciado (Stramrood *et al.*, 2011). Este acontecimento de dor mais intensa aumenta também a possibilidade de ocorrerem complicações desfavoráveis no parto, podendo resultar no desenvolvimento de sintomas de SPT (Maggioni *et al.*, 2006). Assim, a dor como característica importante do parto mostrou uma associação significativa com sintomas de TSPT pós-parto (Grekin e O'Hara, 2014). Por outro lado, o uso de analgesia epidural foi considerado fator protetor para não desenvolver TSPT (Hernández-Martínez *et al.*, 2020). Também Adewuya *et al.* (2006) identificaram uma relação estatisticamente significativa entre o uso destes medicamentos e o diagnóstico de TSPT. Já Söderquist *et al.* (2002) não identificaram essa mesma relação, nem mesmo com anestesia. Na investigação atual, o grupo de participantes que viveu a experiência traumática de falta de controlo da dor durante o parto evidenciou médias mais altas, comparativamente aos restantes eventos negativos, na sintomatologia do domínio evitamento, ainda que toda a generalidade dos sintomas se tenha apresentado significativamente exacerbada.

Em síntese, todos os eventos traumáticos analisados aparentam ter relações importantes com os sintomas de TSPT, sendo que cada um deles influenciou mais ou menos determinada tipologia sintomática.

A terceira hipótese de investigação testada teve em vista verificar a existência de uma associação entre a paridade das participantes e o diagnóstico de TSPT. Apesar de não ter sido encontrada uma associação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis, percebeu-se que houve uma maior prevalência de TSPT nas múltiparas e que a maioria das participantes, quer fossem primíparas ou múltiparas possuíam o diagnóstico de TSPT. Identicamente às conclusões descritas, também na pesquisa desenvolvida por Söderquist *et al.* (2009) não foi encontrada uma relação significativa entre a paridade na vivência de stress associado ao parto. No entanto, Adewuya *et al.* (2006) identificaram essa relação como significativa. Quanto à natureza desta associação, a evidência científica é divergente: Angelini *et al.* (2018) verificaram que a primiparidade aumenta o risco de TSPT, tal como Ayers (2009) que divulgaram que mulheres primíparas apresentaram mais sintomas de SPT do que mulheres múltiparas. Em concordância com estes autores, Hernández-Martínez *et al.* (2020) declarou a multiparidade

como um fator protetor para a sintomatologia de TSPT. Por outro lado, Henriques *et al.* (2015) averiguaram que o TSPT se mostrou mais prevalente em mulheres múltiparas, especificamente que já tenham experienciado três ou mais partos, quando comparadas com mulheres com menor número de filhos. Em suma, apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas na paridade, ser primípara ou múltipara pode influenciar de diferentes maneiras a vivência de sintomatologia. Algumas explicações poderão ser: as primíparas nunca viveram um parto, logo o stress desencadeado pelo desconhecimento pode ser maior ou o facto de não ter esse conhecimento funciona como fator protetor. Já as múltiparas, caso as restantes experiências de parto tenham sido positivas, podem influenciar no sentido calmante, porventura se algo tiver corrido menos bem podem potenciar o stress associado a esse momento.

Na última hipótese de investigação quis-se perceber a presença de associação entre o tipo de parto vivido e o diagnóstico de TSPT. Através dos testes estatísticos utilizados compreendeu-se que não existe uma associação significativa entre o tipo de parto vaginal, cesariana ou vaginal com recurso a fórceps/ventosa e o diagnóstico deste transtorno. Ainda assim, foi verificado que o maior número de mulheres com TSPT tinha vivido um parto vaginal com recurso a fórceps e/ou ventosa, seguidas das que experienciaram um parto por cesariana, ou seja, participantes que tiveram o bebé através de um parto vaginal apresentaram menor prevalência de TSPT. Moghadam *et al.* (2015) indicaram que mulheres com TSPT não foram significativamente diferentes das que não tinham esse diagnóstico quando explorado o tipo de parto que viveram. Também Schwab *et al.* (2012) não encontraram diferenças sintomáticas entre pessoas que experienciaram diferentes tipos de parto. Há, no entanto, evidência que indica que nos casos em que o bebé é extraído com o uso de fórceps ou a ventosa há risco acrescido de TSPT (Carter *et al.*, 2022). Similarmente, Rowlands e Redshaw (2012) observaram que o parto vaginal assistido por fórceps era mais propenso a desencadear sintomas de SPT vários meses após o nascimento. Söderquist *et al.* (2009) encontraram resultados indicativos de que o TSPT se encontra significativamente mais associado a partos instrumentados e cesarianas de emergência.

Existem bastantes estudos que associam o TSPT à cesariana de emergência, como tipo de parto não desejado, conforme abordamos alguns parágrafos acima. Todos esses trabalhos declaram que essa é uma situação potenciadora de trauma e que, por isso, exponenciam o risco de desenvolver sintomas de TSPT (Orovou *et al.*, 2020). A literatura diz que, muitas vezes, quando

é solicitada uma cesariana eletiva pode já existir uma experiência traumática associada ao parto que a mulher deseja evitar ou pelo medo do que possa acontecer (Nieminen *et al.*, 2009).

Porém, há estudos que destacam que o parto vaginal não instrumentado pode também ser traumático e causar TSPT (Söderquist *et al.*, 2009). Milosavljevic *et al.* (2016) analisaram mulheres primíparas que viveram um parto vaginal e compreenderam que, no primeiro mês após o parto, 2,4% das mulheres apresentavam critérios para o diagnóstico de TSPT e outras 9,5% manifestavam sintomas significativos de TSPT. Igualmente Sentilhes *et al.* (2017) encontraram resultados que mostram que, um ano após um parto vaginal, cerca de 1 em 20 mulheres apresenta sintomas característicos de TSPT e que 1 em 40 tem critérios para o diagnóstico. Resumidamente e de acordo com a literatura, qualquer tipo de parto pode resultar em stress e TSPT, pois todos eles têm propriedades potenciadoras de distress, que interferem também com as características e vivências de cada pessoa.

Quanto ao último objetivo deste trabalho, pretendeu-se determinar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia e estabelecer uma atuação eficaz em mulheres com esta sintomatologia ou que ainda a possam vir a desenvolver. Isto traduz-se nas implicações que as conclusões encontradas têm na prática clínica, tópico abordado no capítulo seguinte.

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O trauma é definido, pela APA (2023), como uma resposta emocional a um evento terrível, onde predomina o stress, o choque e a negação, imediatamente após o momento. Embora sentimentos como esses sejam normais, em alguns casos podem evoluir negativamente, despoletar distress, sequelas profundas e causar um forte impacto na vida dos indivíduos, podendo ainda levar ao desenvolvimento de perturbações psicológicas (Arriaga, 2018).

O parto tem sido, cada vez mais, reconhecido como traumático e potenciador de sofrimento psíquico materno (Ribeiro, 2018), pelas mais diversas razões. Vários fatores têm sido explorados e podem interferir nesta vivência. Assim, quando é entendido desta forma, o parto enquadra-se no critério A - exposição a um evento traumático - que, concomitantemente com os restantes critérios B (reexperimentar), C (evitamento), D (alterações negativas de cognição e humor) e E (hiperativação), identificam o diagnóstico de TSPT, de acordo com o DSM-5. Este distúrbio apresenta uma prevalência de 4 a 17% na população de mães durante o período pós-parto (Grisbrook e Letourneau, 2021), interferindo na qualidade de vida e na saúde mental das mulheres. Porém, a literatura determina que é possível ocorrer uma mudança positiva no estado emocional, cognitivo e comportamental, através da luta do indivíduo perante uma adversidade (Tedeschi *et al.*, 2018).

Desta forma, por ser um diagnóstico frequente e pela possibilidade de ocorrer crescimento pós-traumático é importante desenvolver investigação neste âmbito. Existe já alguma evidência científica relativa à saúde mental da mulher após o parto, ainda que a maioria se debruce sobre a depressão pós-parto e apenas uma minoria se centre no stress pós-traumático. Desta pesquisa existente, alguma analisa a influência de complicações durante a gravidez, da história psiquiátrica da própria mulher e dos contextos socioeconómicos pré-gravídicos, mas a associação com fatores intraparto é escassa. Especificamente sobre determinados acontecimentos entendidos como traumáticos pela parturiente, no momento do parto, a literatura é antiga.

Este trabalho de investigação surge desta necessidade, que o torna pertinente, e tem por base a questão de investigação: “Em que medida a vivência de acontecimentos percebidos como traumas pela mulher durante o parto pode estar na origem de sintomatologia de distress e de stress pós-traumático?”. Este foi o mote para, no fim deste estudo, contribuir para aumentar o

conhecimento e melhorar as competências dos enfermeiros de saúde mental e psiquiatria na sua intervenção com mulheres que experienciam ocorrências traumáticas durante o trabalho de parto.

Denominada “Saúde mental perinatal, sintomatologia de distress e trauma relacionado com o parto”, a presente dissertação propôs-se a caracterizar sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico a população em estudo, avaliar o nível de stress percebido após a vivência de acontecimentos percebidos como traumas, avaliar a presença de stress pós-traumático nas participantes do estudo, avaliar a relação entre stress pós-traumático e os estilos de ruminação desenvolvidos pelas participantes e identificar focos de atenção em enfermagem de saúde mental e psiquiatria que permitam definir uma estratégia de ajuda às mulheres que vivenciaram sintomatologia de stress e stress pós-traumático.

Como anteriormente apresentado, de acordo com as características sociodemográficas analisadas, a amostra deste estudo era maioritariamente empregada, jovem e casada, com um rendimento médio anual entre os 10001€ e os 20000€ e exerciam funções em diferentes áreas profissionais.

Identificamos, também, nesta amostra, um conjunto de características clínicas que exploramos e relacionamos entre si. Constatamos que, para a maior parte das participantes, o stress experienciado após o acontecimento traumático foi percebido como extremamente stressante, com uma duração superior a 3 meses e com efeitos negativos nas atividades habituais do quotidiano, com abdicação das mesmas durante o tempo em que o stress perdurou. Foi também detetado que a maioria das participantes apresentava critérios para o diagnóstico de TSPT. Quanto aos diferentes *clusters* de sintomas (reexperimentar, evitamento, alterações negativas de cognição e humor, e hiperativação), a amostra evidenciou níveis significativamente altos quer em cada um deles quer na totalidade de sintomas identificados, o que demonstra a elevada severidade dos mesmos.

Procurou-se identificar a relação de algumas variáveis com o stress pós-traumático. Assim, e de acordo com as hipóteses de investigação delineadas e testadas, obtiveram-se algumas conclusões. Verificou-se a evidência de relação entre a sintomatologia de TSPT e ambos os estilos de ruminação: quando uma das variáveis se evidencia, a outra também se exacerba. Relativamente aos eventos traumáticos ocorridos durante o parto, percebeu-se, através de testes estatísticos, que diferentes acontecimentos traumáticos geram diferenças na totalidade de sintomatologia de stress pós-traumático e na sua gravidade. Na amostra em

estudo não se verificou nenhuma associação estatisticamente significativa entre a paridade e o diagnóstico de TSPT, assim como o tipo de parto vivido e o diagnóstico de TSPT não evidenciaram qualquer associação significativa.

Com a elaboração desta dissertação as oportunidades de aprendizagem, revisão e consolidação de conhecimentos foram diversas e frutíferas e a investigação científica desenvolvida cumpriu a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no sentido de gerar intervenções mais eficientes e prestar cuidados de enfermagem mais conscientes e ajustados. Assim, as descobertas do presente estudo determinaram um conjunto de implicações para a prática clínica no contexto intra, pré e pós-parto, onde o enfermeiro tem um papel determinante na avaliação de focos de enfermagem que possam estar alterados e que possam suscitar a identificação de um diagnóstico. A competência específica do enfermeiro de cuidados gerais diverge do enfermeiro especialista nesta área uma vez que se centra 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 129/2011, publicado em Diário da República, p. 8669), com recurso a aptidões de âmbito psicoterapêutico.

No âmbito do papel do enfermeiro de saúde mental e psiquiatria, importa considerar alguns focos de atenção que poderão ou não evoluir para diagnósticos de enfermagem. Caso sejam nomeados esses diagnósticos, os enfermeiros devem definir os respetivos objetivos e concretizar as intervenções capazes de responder e alterar esses mesmos diagnósticos. Através da consulta realizada no *ICNP Browser*, concluiu-se que os focos que se poderiam associar mais diretamente à vivência de stress, à sintomatologia de stress pós-traumático e ao seu diagnóstico seriam: stress, trauma e resposta ao trauma. Importa ressaltar que, toda a experiência traumática pode originar alterações que transcendem os focos abordados, pois podem desencadear e interferir no quotidiano das mais variadas formas, despoletando muitos outros diagnósticos e necessidades em saúde e em saúde mental. Aquando da nomeação destes diagnósticos pelo enfermeiro, a escolha do juízo que mais se enquadra a cada um deles pode variar, sendo que algumas das possibilidades seriam sobrecarga por stress, trauma presente ou resposta ao trauma comprometida, por exemplo.

Por outro lado, tendo em conta o livro de Herdman *et al.* (2021), recolheu-se o diagnóstico de síndrome pós-trauma (00141), pertencente ao domínio do enfrentamento/tolerância ao stress

ao lidar com eventos de vida. A classe incorporada nesse domínio é a das respostas pós-trauma, caracterizadas como reações que ocorrem após trauma físico ou psicológico, e incorpora os diagnósticos de síndrome pós-trauma e de risco de síndrome pós-trauma. Esta síndrome é definida, pelo mesmo autor, como uma resposta desadaptativa sustentada a um evento traumático e avassalador. Tem como características definidoras associadas, entre outras, o humor alterado, ansiedade, comportamentos de evitamento, sintomas depressivos, resposta de sobressalto exagerada, medo, flashbacks, hipervigilância e pensamentos intrusivos. Vários destes atributos estão presentes no diagnóstico de TSPT definidos neste estudo, com base no DSM-5. Como fatores relacionados, podem ler-se, entre vários, a percepção do evento como traumático, que também corrobora o acontecimento tratado nesta investigação. Já o risco de síndrome pós-trauma refere-se à suscetibilidade de existir essa mesma resposta desadaptativa. Depois de identificados os focos a ter em atenção, importa compreender a origem do(s) problema(s) e, de acordo com a mesma, selecionar a(s) intervenção/ões psicoterapêutica(s) de Enfermagem a utilizar, tendo em conta a existência do evento de vida traumático.

Moorhead *et al.* (2010) descrevem alguns resultados que se pretendem atingir após a intervenção e perante a identificação de um diagnóstico de síndrome pós-trauma ou do risco dessa síndrome, dos quais se destacam: apoio social, autocontrolo do medo e do pensamento distorcido, deteção e controlo de riscos, enfrentamento, nível de stress, processamento de informações, qualidade de vida e sono. Através da consulta no livro de Butcher *et al.* (2018), uma referência importante para a prática de enfermagem que permite alcançar os resultados pretendidos, de acordo com Moorhead *et al.* (2010), são várias as intervenções possíveis, sendo que a escolha depende da avaliação do enfermeiro:

- O aconselhamento traduz-se num processo de ajuda baseado numa relação de confiança, com foco nas necessidades, problemas ou sentimentos do utente e/ou pessoas significativas para apoiar o enfrentamento, a reflexão e expressão de emoções, melhorar e orientar a resolução de problemas e o relacionamento interpessoal;
- O apoio emocional está alicerçado no fornecimento de segurança, no encorajamento na presença de stress e na oferta de um ambiente propício e empático de forma a potenciar a discussão de preocupações;
- A melhoria da rede de suporte permite envolver os recursos disponíveis na comunidade, dar informações sobre os mesmos e perceber barreiras à sua utilização;

- A promoção do envolvimento familiar e o apoio familiar centram-se em facilitar a participação da família no cuidado físico e psicológico ao utente, e orientar, ouvir e auxiliar a família nesta vivência;
- A modificação de comportamento: habilidades sociais permite assistir o utente no desenvolvimento de capacidades para comunicar eficaz e assertivamente, para gerir relacionamentos interpessoais e resolver conflitos;
- A melhoria da socialização está associada à facilitação da interação com outras pessoas, com interesses e objetivos comuns, em atividades comunitárias e em grupos específicos;
- O ensino individual trata de oferecer informações e educar o paciente sobre a doença ou vivência patológica que apresenta, abordando os sintomas, causas e opções de tratamento;
- As diferentes técnicas de relaxamento diminuem sinais e sintomas como dor, tensão muscular ou ansiedade e promovem a sensação de calma;
- A reestruturação cognitiva é uma terapia que desafia o utente a identificar e alterar pensamentos disfuncionais e situações geradoras de stress, que desencadeiam comportamentos desadequados. Desta forma a reestruturação pretende que o utente apresente uma visão mais realista de si e do mundo e que reconheça a irreabilidade de algumas crenças.

A temática relativa à intervenção no contexto de trauma associado ao parto e ao desenvolvimento de TSPT, nesse contexto, é abordada por diversos autores. Cook *et al.* (2018) frisam que avaliar as mulheres no período perinatal é imprescindível para manutenção da sua saúde, diminuição de riscos e prevenção de situações negativas, uma vez que o rápido diagnóstico e o célere tratamento são fundamentais para melhorar a qualidade de vida da mulher e a saúde do recém-nascido (Henriques *et al.*, 2015). Assim, é importante olhar para este período como um momento oportuno para a equipa multidisciplinar trabalhar com as gestantes, através de um contacto frequente, no sentido de oferecer oportunidades de prevenção (Cook *et al.*, 2018). Estas avaliações psicossociais da mulher e da sua família podem então ser integradas nas consultas de rotina durante o puerpério e nos primeiros meses pós-parto (Henriques *et al.*, 2015). A abordagem multiprofissional em questão potencia a sensação de apoio e preparação para suportar situações emocionalmente traumáticas e ainda fornece informações sobre eventuais traumas e/ou TSPT, para que deixem de ser uma surpresa e a sua probabilidade seja reduzida (Henriques *et al.*, 2015). Porém, ainda que exista prevenção, o

desenvolvimento de sintomas de TSPT é uma realidade. Profilaticamente considera-se, também, oportuno que os profissionais de saúde concretizem intervenções durante o parto e imediatamente após o mesmo, para evitar o desenvolvimento de sintomas de TSPT (Vesel e Nickasch, 2015). A necessidade de uma triagem, intervenção psicológica precoce e monitorização após o parto mostra-se benéfica neste sentido (Vesel e Nickasch, 2015).

A concretização de ações de promoção de saúde centradas na família, através de visitas domiciliares, permite o cuidado integral à mulher, nas suas componentes familiar e social. É neste período pós-parto que é possível o rápido diagnóstico de casos de TSPT e a intervenção precoce, essenciais para diminuir o sofrimento psicológico e melhorar a qualidade de vida, tornando-a apta aos cuidados do recém-nascido (Zauderer, 2014).

Simkin e Hull (2011) referem que o *debriefing* permite prevenir os efeitos traumáticos duradouros do evento, clarificar alguma informação e reformular o momento do parto, contrariamente àquilo que algumas mulheres pensam quando evitam pensar e abordar o assunto. Também Elmir *et al.* (2010) mencionam que as estratégias de redução do stress incluem falar sobre a experiência, para que os eventos possam ser compreendidos e processados. Além disso, o apoio social de amigos e familiares ajuda a reverter os potenciais efeitos traumáticos do momento (Vesel e Nickasch, 2015). Por outro lado, muitos profissionais não têm uma comunicação efetiva com a mulher durante o parto, potenciando o distress (Elmir *et al.*, 2010). É, então, pertinente que a equipa de enfermagem esteja preparada e forneça apoio aos pais e promova a esperança nestes momentos (Callahan e Borja, 2008). Blasio *et al.* (2015) consideram relevante uma intervenção no sentido de ressignificar a experiência, através da reflexão e de mecanismos de reestruturação da vivência do momento do parto. Desta forma os autores defendem que se conseguiria uma contenção sintomática crucial nos primeiros 4 dias, adquirindo também um valor protetor nos três primeiros meses pós-parto, período em que estes sintomas poderiam agravar.

Quando o diagnóstico de TSPT associado ao parto está comprovadamente instalado, Zauderer (2014) refere que o tratamento deve incluir psicofarmacologia, psicoterapia e psicoeducação. Todas estas intervenções associadas a um suporte social eficaz, um padrão de sono adequado, boa alimentação e a prática de exercício regular ajudam a aliviar a sintomatologia deste transtorno, indica o mesmo autor. Este conjunto de ações deve ser individualizado e personalizado de acordo com cada utente.

Em concordância com a literatura apresentada, as diretrizes do *National Institute for Clinical Excellence* (NICE, 2018) indicam que mães com TSPT associado a um parto traumático devem receber intervenção psicológica intensa. Também no mesmo ano, o NICE mencionava que indivíduos com diagnóstico ou sintomas de TSPT, deveriam receber uma intervenção individual de terapia cognitivo-comportamental focada no trauma, como a terapia de processamento cognitivo, a terapia cognitiva para TSPT, a terapia de exposição narrativa ou terapia de exposição prolongada. Estas intervenções devem incluir psicoeducação, considerada bastante efetiva, sobre reações ao trauma, estratégias para gerir o stress, sintomas a esperar (como *flashbacks*), planeamento de segurança, processamento das memórias traumáticas e de emoções associadas, reestruturação dos significados relacionados ao trauma para o indivíduo, ajuda para superar o evitamento e restabelecer o funcionamento adaptativo, o trabalho e as relações sociais. A preparação para o fim do tratamento é uma etapa importante e deve incluir o planeamento de sessões de reforço, particularmente em relação a datas significativas (por exemplo, aniversários de trauma) (NICE, 2018).

Para aplicar algumas intervenções referidas nos parágrafos anteriores recorre-se, muitas vezes, à intervenção psicoterapêutica de enfermagem. Esta intervenção consiste na utilização intencional de técnicas de psicoterapia: uma intervenção estruturada, sistematizada, progressiva e sequencial, com um número de sessões entre 3 e 12 que podem decorrer em vários *settings* (internamento ou ambulatório). É realizada por um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria ou por um enfermeiro com competências certificadas e tem como objetivo a mudança ou a redução de um estado percebido como negativo pelo utente (Sampaio *et al.*, 2018). A base desta intervenção é a relação terapêutica entre o profissional e o utente, em que ambos têm um papel ativo e as metas a atingir são definidas, previamente, em concordância com ambos (Sampaio *et al.*, 2014).

Concluindo, o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria desempenha uma função fundamental na prevenção, deteção e tratamento de TSPT ou dos seus sintomas, considerando-se imprescindível o olhar atento e a rápida atuação nestes casos. No momento do parto, a melhoria da comunicação, a preparação prévia para o momento e a sensação de apoio parecem ser fulcrais para uma vivência saudável do momento do parto. As intervenções de enfermagem podem ser várias, como as que se descreveram neste capítulo, e são adequadas a cada utente após a avaliação do enfermeiro.

Tendo em conta todo o trabalho elaborado e os resultados apresentados, consideramos que os objetivos anteriormente referidos foram atingidos. Ainda assim, ao longo do desenvolvimento deste trabalho e com a sua conclusão foram perceptíveis algumas limitações. O facto de a colheita de dados ter sido realizada através de um conjunto de questionários de autopreenchimento *online* pode ter dificultado a interpretação das questões pelas participantes e restringiu a amostra à população com acessibilidade aos meios digitais necessários. Além disso, por ter sido utilizada uma abordagem quantitativa, não nos foi possível explorar as narrativas relativas às vivências traumáticas que nomearam, o que teria sido uma mais-valia. Uma vez que o estudo teve também carácter correlacional, os dados requereram uma análise prudente, dado a natureza das relações estabelecidas terem sido de reciprocidade e não de causalidade.

O presente estudo despoleta novas questões de investigação que poderão ser exploradas. Considera-se que, em trabalhos futuros, seria pertinente a realização de investigação qualitativa nesta área com o objetivo de compreender toda a vivência de um parto traumático e a atuação das diferentes variáveis. Seria também importante explorar quais os eventos indicados pelas mulheres como traumáticos, no momento do parto, que mais potenciam o desenvolvimento de stress pós-traumático e acrescentar possíveis acontecimentos, além dos que estudamos, a esta lista de verificação.

Como conclusão deste capítulo e de toda a dissertação pretendo ressaltar que este percurso formativo me proporcionou uma oportunidade de crescimento e de realização pessoal e profissional diferentes de todas as experiências vividas até então.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbas, A. M., Mohamed, A. A., Mattar, O. M., El Shamy, T., James, C., Namous, L. O., Yosef, A. H., Khamis, Y., & Samy, A. (2018). Lidocaine-prilocaine cream versus local infiltration anesthesia in pain relief during repair of perineal trauma after vaginal delivery: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 33(6), 1064–1071. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1512576>
- Abuya, T., Warren, C., Miller, N., Njuki, R., Ndwiga, C., Maranga, A., Mbehero, F., Njeru, A., & Bellows, B. (2015). Exploring the Prevalence of Disrespect and Abuse during Childbirth in Kenya. *PLoS ONE*, 10(4), 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123606>
- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M., Sandvik, Å. R., & Eskild, A. (2011). Mode of delivery and postpartum emotional distress: a cohort study of 55814 women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(3), 298–305. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03188.x>
- Adewuya, A., Ologun, Y., & Ibigbami, O. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(3), 284–288. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x>
- Ahmadnejad, R., Malakouti, J., Mirghafourvand, M., & Khalili, A. F. (2021). The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder Following Childbirth and its Predictors in Iranian Women. *Shiraz E-Medical Journal*, 22(9), 1–9. <https://doi.org/10.5812/semj.107304>
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849–1859. <https://doi.org/10.1017/s0033291709992224>
- Almeida, N. A. M., Medeiros, M., & Souza, M. R. de. (2012). Perspectivas de dor do parto normal de primigestas no período pré-natal. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(4), 819–827. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072012000400012>
- Alperin, M., Debes, K., Abramowitch, S., Meyn, L., & Moalli, P. A. (2008). LOXL1 deficiency negatively impacts the biomechanical properties of the mouse vagina and supportive tissues. *International Urogynecology Journal*, 19(7), 977–986. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0561-7>
- Alvarenga, P., & Frizzo, G. B. (2017). Stressful Life Events and Women's Mental Health During Pregnancy and Postpartum Period. *Paidéia*, 27(66), 51–59. <https://doi.org/10.1590/1982-43272766201707>
- American Psychiatric Association. APA (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-5*. (5ª Ed). Artmed.
- American Psychological Association, APA (2023). *Trauma*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/trauma>
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta*

Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 91(11), 1261–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>

Anderson, C., & Logan, D. (2010). Impact of Traumatic Birth Experience on Latina Adolescent Mothers. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(12), 829–829. <https://doi.org/10.3109/01612840.2010.536415>

Angelini, C., Pacagnella, R., Parpinelli, M., Silveira, C., Andreucci, C., Ferreira, E., Santos, J., Zanardi, D., Souza, R., & Cecatti, J. (2018). Post-Traumatic Stress Disorder and severe maternal morbidity: is there an association? *Clinics*, 73, 1–7. <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e309>

Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., & Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000331(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000331.pub4>

Arriaga, M. A. T. de. (2018). *O impacto do evento na resposta ao trauma* [Tese de Doutorado]. Universidade da Beira Interior.

Arsenijevic, J. (2015). *Out-of-pocket patient payments and vulnerable population groups in Serbia* [Dissertação de Doutorado]. <https://doi.org/10.26481/dis.20150401ja>

Ayers, S. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, 119 (1-3), 200-204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029>

Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wilma, K. (2016). The aetiology of post- traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>

Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirthrelated post-traumatic stress disorder on women and their relationships: A quantitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389–398. doi:10.1080/11354850060708409

Ayers, S., Harris, R., Sawyer, A., Parfitt, Y., & Ford, E. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: Analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, 119(1-3), 200–204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029>

Ayers, S., 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, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a Measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9(409), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00409>

Bastien, D. L. (2010). Pharmacological treatment of combat induced PTSD: a literature review. *British Journal of Nursing*, 19(5), 318–321. <https://doi.org/10.12968/bjon.2010.19.5.47074>

Bastos, M. H., Furuta, M., Small, R., McKenzie-McHarg, K., & Bick, D. (2015). Debriefing Interventions for the Prevention of Psychological Trauma in Women following Childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007194.pub2>

- Beck, C. T., & Watson, S. (2010). Subsequent Childbirth After a Previous Traumatic Birth. *Nursing Research*, 59(4), 241–249. <https://doi.org/10.1097/nnr.0b013e3181e501fd>
- 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), 265–271. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000259>
- Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reproductive Health*, 15(198), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>
- 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>
- Bezerra, F. N., Silva, T. M. da, & Ramos, V. P. (2012). Occupational stress of nurses in emergency care: an integrative review of the literature. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(spe2), 151–156. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002012000900024>
- Bhattacharya, S., & Ravindran, T. K. S. (2018). Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(338), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1970-3>
- Bisson, J. I. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 57(6), 399–403. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqm069>
- Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(CD003388). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003388.pub4>
- Blasio, P. D., Miragoli, S., Camisasca, E., Vita, A. M. D., Pizzo, R., & Pipitone, L. (2015). Emotional Distress Following Childbirth: An Intervention to Buffer Depressive and PTSD Symptoms. *Europe’s Journal of Psychology*, 11(2), 214–232. <https://doi.org/10.5964/ejop.v11i2.779>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*, 12(6), 1–32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Borghini, A., Habersaat, S., Forcada-Guex, M., Nessi, J., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., & Müller-Nix, C. (2014). Effects of an early intervention on maternal post-traumatic stress symptoms and the quality of mother–infant interaction: The case of preterm birth. *Infant Behavior and Development*, 37(4), 624–631. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.08.003>
- Bossano, C. M., Townsend, K. M., Walton, A. C., Blomquist, J. L., & Handa, V. L. (2017). The maternal childbirth experience more than a decade after delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(3), 342.E1–342.E8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.04.027>
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*. Harvard: USAID-TRACTION Project. <http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternal-care/exploring-evidence-disrespect-and-abuse>.

- 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>
- Burrowes, S., Holcombe, S. J., Jara, D., Carter, D., & Smith, K. (2017). Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1442-1>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2018). *Nursing interventions classification (NIC)* (7^a ed.). Elsevier.
- Callahan, J. L., & Borja, S. E. (2008). Psychological Outcomes and Measurement of Maternal Posttraumatic Stress Disorder During the Perinatal Period. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(1), 49–59. <https://doi.org/10.1097/01.jpn.0000311875.38452.26>
- Cann, A., Calhoun, L. G., Tedeschi, R. G., & Solomon, D. T. (2010). Posttraumatic Growth and Depreciation as Independent Experiences and Predictors of Well-Being. *Journal of Loss and Trauma*, 15(3), 151–166. <https://doi.org/10.1080/15325020903375826>
- 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>
- Carter, J., Bick, D., Gallacher, D., & Chang, Y. (2022). Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: A mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth*, 49, 616–627. <https://doi.org/10.1111/birt.12649>
- Chachamovich, J. L. R., Chachamovich, E., Ezer, H., Cordova, F. P., Fleck, M. M. P., Knauth, D. R., & Passos, E. P. (2010). Psychological distress as predictor of quality of life in men experiencing infertility: a cross-sectional survey. *Reproductive Health*, 7(3), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-7-3>
- 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, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113090>
- Cigoli, V., Gilli, G., & Saita, E. (2006). Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 91–97. <https://doi.org/10.1080/01674820600714566>
- Coelho, C. de A. F. (2022). *Perturbação de stresse pós-traumático e trauma Intergeracional: o impacto da guerra* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Connell, J., Brazier, J., O'Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(138), 1–16. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-138>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 225, 18–31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Cordeiro, A. C. (2022). *As outras dores do parto: um outro olhar sobre experiências de sofrimento e traumatismos de parto* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Coimbra

- Cummings, S. R., Browner, W. S., & Hulley, S. B. (2008). Conceiving The Research Question. In *Designing Clinical Research* (3rd ed., pp. 18–26). Lippincott Williams & Wilkins.
- Darilek, U. (2017). A Woman's Right to Dignified, Respectful Healthcare During Childbirth: A Review of the Literature on Obstetric Mistreatment. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(6), 1–4. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1368752>
- Davenport, M. H., Meyer, S., Meah, V. L., Strynadka, M., & Khurana, R. (2020). Moms Are Not OK: COVID-19 and Maternal Mental Health. *Frontiers in Global Womens Health*, 1(1), 1–6. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2020.00001>
- Davidson, G., Shannon, C., Mulholland, C., & Campbell, J. (2009). A Longitudinal Study of the Effects of Childhood Trauma on Symptoms and Functioning of People with Severe Mental Health Problems. *Journal of Trauma & Dissociation*, 10(1), 57–68. <https://doi.org/10.1080/15299730802485169>
- Davies, J., Slade, P., Wright, I., & Stewart, P. (2008). Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Mental Health Journal*, 29(6), 537–554. <https://doi.org/10.1002/imhj.20197>
- Decat, C. S., Laros, J. A., & Araújo, T. C. C. F. de . (2009). Termômetro de Distress: validação de um instrumento breve para avaliação diagnóstica de pacientes oncológicos. *Psico-USF*, 14(3), 253–260. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712009000300002>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Dewes, J. O. (2013). *Amostragem em bola de neve e respondent-driven sampling : uma descrição dos métodos* [Monografia de Bacharelato, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.]. <http://hdl.handle.net/10183/93246>
- Diego, M. A., Jones, N. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez-Garcia, A. (2006). Maternal Psychological Distress, Prenatal Cortisol, and Fetal Weight. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 747–753. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238212.21598.7b>
- 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>
- Dindo, L., Elmore, A., O'Hara, M., & Stuart, S. (2017). The comorbidity of Axis I disorders in depressed pregnant women. *Archives of Women's Mental Health*, 20(6), 757–764. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0769-y>
- Donadon, M. F., Darwin, A. C. R., Bombonatti, E.A., Pereira-Lima, K., Santos, R. G., Machado-de-Sousa, J. P., Silva, T. D. A., Neto, O. B. P., Gaspardo, C. M., Cantilino, A., Souza L. D. M., Ayres, S., & Osório, F. L. (2020). Cross-cultural adaptation of the City Birth Trauma Scale for the Brazilian context. *Arch Clin Psychiatry*, 47(4), 110-118. <https://doi.org/10.1590/0101-60830000000243>
- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes - The State of the Science* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.

- Dzakpasu, S., Kaczorowski, J., Chalmers, B., Heaman, M., Duggan, J., & Neusy, E. (2008). The Canadian Maternity Experiences Survey: Design and Methods. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 30(3), 207–216. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)32757-8](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)32757-8)
- Ehring, T., Frank, S., & Ehlers, A. (2007). The Role of Rumination and Reduced Concreteness in the Maintenance of Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma. *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 488–506. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9089-7>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(10), 2142–2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21(115), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>
- Fairbrother, N., & Woody, S. R. (2007). Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(4), 239–242. <https://doi.org/10.1080/01674820701495065>
- Fenech, G., & Thomson, G. (2014). Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*, 30(2), 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.12.004>
- Fernandes, S., Galacho, J., Borrego, A., Pereira, D., Lança, F., & Ormonde, L. (2021). Impact of Labor Epidural Analgesia on Maternal Satisfaction and Childbirth Expectations in a Tertiary Care Center in Portugal: A Prospective Study. *Acta Médica Portuguesa*, 34(4), 272–277. <https://doi.org/10.20344/amp.13599>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (3rd ed.). Sage Publications.
- Figueiredo, J. N. F. M. de. (2018). *Distress e resiliência em idosos internados nos cuidados continuados* [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Aveiro.
- Filippi, V., Ganaba, R., Baggaley, R. F., Marshall, T., Storeng, K. T., Sombié, I., Ouattara, F., Ouedraogo, T., Akoum, M., & Meda, N. (2007). Health of women after severe obstetric complications in Burkina Faso: a longitudinal study. *The Lancet*, 370(9595), 1329–1337. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61574-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61574-8)
- Filippi, V., Ronsmans, C., Campbell, O., Graham, W., Mills, A., Borghi, J., Koblinsky, M., & Osrin, D. (2006). Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *Maternal Survival*, 368(9546), 1535–1541. [https://doi.org/10.1016/S0140-206736\(06\)69384-7](https://doi.org/10.1016/S0140-206736(06)69384-7)
- Firmino, M. J. de A. C. de S. (2015). *Testes de hipóteses: uma abordagem não paramétrica* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/18146>
- Fonseca, C. B. (2008). Como definir os objetivos e as hipóteses de um estudo? In *Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica* (pp. 41–43). Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20081009171916875847.pdf>
- Ford, E., Ayers, S., & Bradley, R. (2010). Exploration of a cognitive model to predict posttraumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(3), 353–359. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.008>

- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Lusodidacta.
- Frias, A. & Franco, V. (2010). A dor do trabalho de parto...um desafio a ultrapassar. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 53-61. ISSN: 0214-9877
- Frias, A. (2011). Preparação Psicoprofiláctica e a Percepção da Experiência do Nascimento. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(1), 409-416. <http://hdl.handle.net/10174/4082>
- Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2016). Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: secondary analysis of a cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 987-999. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0639-z>
- Galpin, J. (2013). *Posttraumatic stress and growth symptoms in parents of premature infants : The role of rumination type and social support* [Tese de Doutorado, University of East Anglia]. <https://ueaeprints.uea.ac.uk/id/eprint/49596>
- Gamble, J., & Creedy, D. (2005). Psychological trauma symptoms of operative birth. *Br J Midwifery* 13(4), 218-224. <https://doi.org/10.12968/bjom.2005.13.4.17981>
- Garcia, T. R., & Nóbrega, M. M. L. da. (2009). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(spe), 875-879. <https://doi.org/10.1590/s0103-21002009000700006>
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2012). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: A longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 16(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0301-3>
- Gopalan, P., Spada, M. L., Shenai, N., Brockman, I., Keil, M., Livingston, S., Moses-Kolko, E., Nichols, N., O'Toole, K., Quinn, B., & Glance, J. B. (2022). Postpartum Depression—Identifying Risk and Access to Intervention. *Current Psychiatry Reports*, 24(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01392-7>
- Graaff, L. F. de, Honig, A., Pampus, M. G. van, & Stramrood, C. A. I. (2018). Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(6), 648-656. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>
- Greenfield, M., Jomeen, J., & Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and narrative literature review. *British Journal of Midwifery*, 24(4), 254-267. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389-401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Grisbrook, M.-A., & Letourneau, N. (2021). Improving maternal postpartum mental health screening guidelines requires assessment of post-traumatic stress disorder. *Canadian Journal of Public Health*, 112, 240-243. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00373-8>
- Groleau, J. M., Calhoun, L. G., Cann, A., & Tedeschi, R. G. (2013). The role of centrality of events in posttraumatic distress and posttraumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(5), 477-483. <https://doi.org/10.1037/a0028809>

- Guimarães, P. R. B. (2018). *Métodos quantitativos estatísticos* (2nd ed.). IESDE Brasil.
- Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 86–99. <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.736367>
- Hammer, C., Podlog, L., Wadey, R., Galli, N., Forber-Pratt, A. J., & Newton, M. (2018). From core belief challenge to posttraumatic growth in para sport athletes: moderated mediation by needs satisfaction and deliberate rumination. *Disability and Rehabilitation*, 41(20), 2403–2411. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1466203>
- Hassard, J., Cox, T., Murawski, S., Meyer, S., & Muylaert, K. (2011). *Mental health promotion in the workplace – A good practice report*. Luxemburgo: European Agency for Safety and Health at Work. https://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/31140/1/8700_Hassard.pdf
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Henriques, T., Moraes, C. L. d., Reichenheim, M. E., Azevedo, G. L. d., Coutinho, E. S. F., & Figueira, I. L. d. V. (2015). Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(12), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00030215>
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. T. (2021). *NANDA Diagnósticos de Enfermagem: Definições e Classificação 2021-2023* (12ª ed.). Thieme.
- Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Molina-Alarcón, M., Infante-Torres, N., Rubio-Álvarez, A., & Martínez-Galiano, J. M. (2020). Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, 33(2), Artigo e129-e135. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.03.008>
- Hollander, M. H., Hastenberg, E. van, Dillen, J. van, Pampus, M. G. van, Miranda, E. de, & Stramrood, C. A. I. (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. *Archives of Women's Mental Health*, 20(4), 515–523. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6>
- Horsch, A., Lalor, J., & Downe, S. (2020). Moral and mental health challenges faced by maternity staff during the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), 141–142. <https://doi.org/10.1037/tra0000629>
- Hotelling, B. A. (2007). The coalition for improving maternity services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *The Journal of Perinatal Education*, 16(2), 38–43. <https://doi.org/10.1624/105812407x197744>
- Howell, D. C. (2010). *Statistical methods for psychology* (7th ed.). Cengage Learning.
- International Council Of Nurses, ICN. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. Genebra: International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web_0_0.pdf

Janeiro, P. (2013). *Experiências vivenciadas pela mulher em trabalho de parto e nascimento* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD009234). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009234.pub2>

Joseph, S., & Linley, P. A. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041–1053. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.12.006>

Keane, T.M., Marshall, A.D., & Taft, C.T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 161–197. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095305>

Kendall-Tackett, K. (2014). Birth Trauma: The Causes and Consequences of Childbirth-Related Trauma and PTSD. In *Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan* (pp. 181–191). Springer.

Kerber, S. R., Falceto, O. G., & Fernandes, C. L. C. (2011). Problemas conjugais e outros fatores associados a transtornos psiquiátricos do pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 33(6), 281–287.

Ketley, R., Darwin, Z., Masterson, C., & McGowan, L. (2022). Women's experience of post-traumatic growth following a traumatic birth: an interpretive phenomenological analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/02646838.2022.2070608>

Kowalska, J., Olszowa, D., Markowska, D., Teplik, M., & Rymaszewska, J. (2014). Physical activity and childbirth classes during a pregnancy and the level of perceived stress and depressive symptoms in women after childbirth. *Psychiatria Polska*, 48(5), 889–900. <https://doi.org/10.12740/pp/24984>

Lansky, S., Souza, K. V. de, Peixoto, E. R. de M., Oliveira, B. J., Diniz, C. S. G., Vieira, N. F., Cunha, R. de O., & Friche, A. A. de L. (2019). Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(8), 2811–2824. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>

Lev-Wiesel, R., Chen, R., Daphna-Tekoah, S., & Hod, M. (2009). Past Traumatic Events: Are They a Risk Factor for High-Risk Pregnancy, Delivery Complications, and Postpartum Posttraumatic Symptoms? *Journal of Women's Health*, 18(1), 119–125. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0774>

Lindahl, V., Pearson, J. L., & Colpe, L. (2005). Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 8(2), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0080-1>

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2013). *Nursing Research: Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice* (8th ed.). Elsevier.

Lopes, R. de C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M., & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 18(2), 247–254. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722005000200013>

- Lowdermilk, D. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (7ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- Lukasse, M., Schroll, A.-M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Parys, A.-S. V., Ryding, E. L., & Tabor, A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 94(5), 508–517. <https://doi.org/10.1111/aogs.12593>
- Lundgren, I., Karlsdottir, S. I., & Bondas, T. (2009). Long-term memories and experiences of childbirth in a Nordic context—a secondary analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 4(2), 115–128. <https://doi.org/10.1080/17482620802423414>
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27(2), 81–90. <https://doi.org/10.1080/01674820600712875>
- 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(6), 356–361. https://doi.org/10.4103/amhsr.amhsr_397_15
- Marcelino, D. S. (2012). *Impacto psicológico da prática dos bombeiros: Trauma, saúde mental e expressão emocional* [Dissertação de Doutorado]. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 71–75. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.03.003>
- Martínez-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>
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao ibm spss*. Psiquilíbrios Edições.
- Matos, M. G. de, Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2021). Violência Obstétrica e Trauma no Parto: O Relato das Mães. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 41. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003219616>
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873–904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
- McKenzie-McHarg, K., Ayers, S., Ford, E., Horsch, A., Jomeen, J., Sawyer, A., Stramrood, C., Thomson, G., & Slade, P. (2015). Post-traumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(3), 219–237. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1031646>
- Mei, J. Y., Afshar, Y., Gregory, K. D., Kilpatrick, S. J., & Esakoff, T. F. (2016). Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*, 43(2), 144–150. <https://doi.org/10.1111/birt.12226>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

- Miller, P. G. T., 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). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258170>
- Milligan, K., Niccols, A., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., & Smith, A. (2010). Length of stay and treatment completion for mothers with substance abuse issues in integrated treatment programmes. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 18(3), 219–227. <https://doi.org/10.3109/09687637.2010.511638>
- Milosavljevic, M., Tosevski, D. L., Soldatovic, I., Vukovic, O., Miljevic, C., Peljto, A., Kostic, M., & Olf, M. (2016). Posttraumatic Stress Disorder after Vaginal Delivery at Primiparous Women. *Scientific Reports*, 6(27554), 1–7. <https://doi.org/10.1038/srep27554>
- Mocumbi, S., Högberg, U., Lampa, E., Sacoór, C., Valá, A., Bergström, A., Dadelszen, P. von, Munguambe, K., Hanson, C., & Sevene, E. (2019). Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(303), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2449-6>
- Modarres, M., Afrasiabi, S., Rahnama, P., & Montazeri, A. (2012). Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(88), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-88>
- Moghadam, M. F., Shamsi, A., & Moro, F. H. (2015). The prevalence of post-traumatic stress disorder among women with normal vaginal delivery in Zahedan city. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 17(1), 15–19. <https://doi.org/10.12740/app/37943>
- Mol, S. S. L., Arntz, A., Metsemakers, J. F. M., Dinant, G.-J., Montfort, P. A. P. V., & Knottnerus, J. A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186(6), 494–499. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.6.494>
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2010). *NOC classificação dos resultados em enfermagem* (4ª ed.). Elsevier.
- Moraes, M. L. B. de. (2015). *Metodologia de Pesquisa Técnica e Científica*. Mato Grosso. https://proedu.rnp.br/bitstream/handle/123456789/1515/Metodologia_Pesquisa_Tecnica_Cientifica_CONTABILIDADE-IFSUL.pdf
- Morais, A. C. M. (2016). *Expectativas e grau de satisfação da puérpera com o recurso à analgesia epidural durante o trabalho de parto*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade da Beira Interior.
- Morgan, J. K., Desmarais, S. L., Mitchell, R. E., & Simons-Rudolph, J. M. (2017). Posttraumatic Stress, Posttraumatic Growth, and Satisfaction With Life in Military Veterans. *Military Psychology*, 29(5), 434–447. <https://doi.org/10.1037/mil0000182>
- Morris, B. A., & Shakespeare-Finch, J. (2010). Rumination, post-traumatic growth, and distress: structural equation modelling with cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 20(11), 1176–1183. <https://doi.org/10.1002/pon.1827>
- Nakamura, G., Ganem, E. M., Rugolo, L. M. S. de S., & Castiglia, Y. M. M. (2009). Effects on mother and fetus of epidural and combined spinal-epidural techniques for labor analgesia. *Revista Da*

Associação Médica Brasileira, 55(4), 405–409. <https://doi.org/10.1590/s0104-42302009000400014>

National Institute for Health and Care Excellence, NICE. (2018). Post-traumatic stress disorder. *NICE guideline 116*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

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

Nicola, P. J. (2008). Como construir uma boa questão de investigação? In *Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica* (pp. 19–25). Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20081009171916875847.pdf>

Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section – a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(7), 807–813. <https://doi.org/10.1080/00016340902998436>

Nightingale, V. R., Sher, T. G., & Hansen, N. B. (2010). The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 23(4), 452–460. <https://doi.org/10.1002/jts.20554>

Nishi, D., & Usuda, K. (2016). 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>

Nouri, F., Feizi, A., Roohafza, H., Sadeghi, M., & Sarrafzadegan, N. (2021). How different domains of quality of life are associated with latent dimensions of mental health measured by GHQ-12. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(255), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01892-9>

Noy, A., Taubman - Ben-Ari, O., & Kuint, J. (2014). 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>

Nurullah, A. S. (2010). Gender Differences in Distress: The Mediating Influence of Life Stressors and Psychological Resources. *Asian Social Science*, 6(5), 27–35. <https://doi.org/10.5539/ass.v6n5p27>

O'Donovan, A., Alcorn, K. L., Patrick, J. C., Creed, 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>

Ogińska-Bulik, N., & Michalska, P. (2019). The relationship between emotional processing deficits and posttraumatic stress disorder symptoms among breast cancer patients: The mediating role of rumination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27(1), 11–21. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09606-6>

Olde, E., Van Der Hart, O., Kleber, R., & Van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>

Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S., & Nieuwenhuijze, M. J. (2018). Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*, 8(10), e020347. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>

Ordem dos Enfermeiros, OE. (2006). *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Organização Mundial de Saúde, OMS. (1948). *Constituição da Organização Mundial de Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF2/0902_Constituic%CC%A7a%CC%83o%20da%20Organizac%CC%A7a%CC%83o%20Mundial%20da%20Sau%CC%81de.pdf

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2001). *Stop exclusion: Dare to care*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66708/WHO_NMH_MSD_WHD_00.2.pdf

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2013). *Mental Health Action Plan 2013-2020*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/.

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2014). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/3/WHO_RHR_14.23_por.pdf

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2017). *Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal*. Brasília: Organização Mundial de Saúde. https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf

Organização Mundial de Saúde, OMS. (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>

Orovou, E., Dagla, M., Iatrakis, G., Lykeridou, A., Tzavara, C., & Antoniou, E. (2020). Correlation between Kind of Cesarean Section and Posttraumatic Stress Disorder in Greek Women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1592). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051592>

Pacheco, A., Figueiredo, B., Costa, R., & Pais, Á. (2005). Antecipação da experiência de parto: mudanças desenvolvimentais ao longo da gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 7–41. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28770201>

Pereira, É. F., Teixeira, C. S., & Santos, A. dos. (2012). Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Revista Brasileira de Educação Física E Esporte*, 26(2), 241–250. <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>

Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M., & Strous, R. D. (2012). Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: The uninvited birth companion. *Israel Medical Association Journal*, 14(6), 347–353. doi:10.1080/01674820701804324

Pope, T. M. (2017). Legal Briefing: Unwanted Cesareans and Obstetric Violence. *The Journal of Clinical Ethics*, 28(2), 163–173. <https://doi.org/10.1086/jce2017282163>

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)

Radoš, S. N., Matijaš, M., Kuhar, L., Anđelinović, M., & Ayers, S. (2019). Measuring and conceptualizing PTSD following childbirth: Validation of the City Birth Trauma Scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(2). <https://doi.org/10.1037/tra0000501>

Rai, S., Pathak, A., & Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), 216–221. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481>

Ramos, C., Figueiras, L., Lopes, M., Leal, I., & Tedeschi, R. G. (2015). Inventário de ruminação relacionada com o acontecimento: qualidades psicométricas na população portuguesa. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(3), 299–310. <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160303>

Ramos, V. (2008) Quais os métodos e processos de recolha de dados? In *Investigação Passo a Passo – Perguntas e Respostas Essenciais para a Investigação Clínica* (pp. 61–67). Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral. <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/20081009171916875847.pdf>

Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women’s descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(21), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>

Regulamento n.º 129/2011, das Entidades administrativas independentes e Administração autónoma: Ordem dos Enfermeiros. (2011). Diário da República n.º 35/2011, Série II de 2011-02-18. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/129-2011-3477018>

Ribeiro, C. C. (2018). *A relação entre as formas de nascimento, a percepção de trauma durante o parto, a escolha materna e a depressão pós- parto* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal de Minas Gerais.

Rodrigues, O. M. P. R., & Schiavo, R. A. (2011). Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 2011, 33(9), 253–257. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011000900006>

Rowlands, I. J., & Redshaw, M. (2012). Mode of birth and women’s psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(138), 1–11. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-12-138>

Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>

Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(57), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

- Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. L. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: princípios orientadores para a implementação na prática clínica. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 19, 77–84. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0205>
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Lluch-Canut, T. (2014). A intervenção psicoterapêutica em enfermagem de saúde mental: Conceitos e desafios. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Ed. Esp. 1, 103–108. <http://hdl.handle.net/2445/144883>
- Santos, P. A. N., Silva, S.R. (2007). O Trabalho Do PSF No Incentivo Ao Parto Normal Através Do Uso de Um Método Psicossomático de Alívio Da Dor – Relato de Caso. *Revista Mineira de Enfermagem*, 11(1), 36-40. http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_issues&pid=1415-2762&lng=es&nrm=iso
- Santos, R. C. S. dos, & Souza, N. F. de . (2015). Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática. *Macapá*, 5(1), 57–68. <http://dx.doi.org.10.18468/estcien>
- Sawyer, A., Ayers, S. (2009). Posttraumatic Growth After Childbirth. *Psychology & Health*, 24(4), 457–471. <https://doi.org/10.1080/08870440701864520>
- 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. (2014). 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>
- Schwab, W., Marth, C., & Bergant, A. (2012). Post-traumatic stress disorder post partum. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 72(01), 56–63. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1280408>
- Schytt, E., & Waldenström, U. (2007). Risk Factors for Poor Self-Rated Health in Women at 2 Months and 1 Year after Childbirth. *Journal of Women's Health*, 16(3), 390–405. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.0030>
- Segato, L., Andrade, A., Vasconcellos, D. I. C., Matias, T. S., & Rolim, M. K. S. B. (2009). Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *Revista da Educação Física/UEM*, 20(1), 121-129.. <https://doi.org/10.4025/reveducfis.v20i1.6062>
- Sentilhes, L., Maillard, F., Brun, S., Madar, H., Merlot, B., Goffinet, F., & Deneux-Tharaux, C. (2017). Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study. *Scientific Reports*, 7(8724), 1–9. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-09314-x>
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (1st ed.). Quarteto.
- Shad, M. U., Suris, A. M., & North, C. S. (2011). Novel combination strategy to optimize treatment for PTSD. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 26(1), 4–11. <https://doi.org/10.1002/hup.1171>
- Shovaz, F. A., Zareei Mahmoodabadi, H., & Salehzadeh, M. (2022). Effectiveness of life skills training based on self-care on mental health and quality of life of married Afghan women in Iran. *BMC Women's Health*, 22(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01875-y>

Silva, R. C. F. da, Souza, B. F. de, Wernet, M., Fabbro, M. R. C., Assalin, A. C. B., & Bussadori, J. C. de C. (2018). Satisfação no parto normal: encontro consigo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, 1–9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20170218>

Simkin, P. & Hull, K. (2011). Pain, suffering, and trauma in labor and prevention of subsequent posttraumatic stress disorder. *Journal of Perinatal Education*, 20(3), 166–176. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.20.3.166>

Skinner, E. M., & Dietz, H. P. (2015). Psychological and somatic sequelae of traumatic vaginal delivery: A literature review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 55(4), 309–314. <https://doi.org/10.1111/ajo.12286>

Smarandache, A., Kim, T. H. M., Bohr, Y., & Tamim, H. (2016). Predictors of a negative labour and birth experience based on a national survey of Canadian women. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0903-2>

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>

Söderquist, J., Wijma, K., & Wijma, B. (2002). Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 23(1), 31–39. <https://doi.org/10.3109/01674820209093413>

Sorenson, D. S., & Tschetter, L. (2010). Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 14–25. doi:10.1111/j.1744-6163.2009.00234.x

Sousa, H. L. M. de. (2011). *A prática baseada em evidência: uma metodologia fundamental para os alunos de Enfermagem* [Monografia de Licenciatura, Universidade Fernando Pessoa]. <http://hdl.handle.net/10284/2790>

Stramrood, C. A. I., Paarlberg, K. M., Huis In 't Veld, E. M. J., Berger, L. W. A. R., Vingerhoets, A. J. J. M., Weijmar Schultz, W. C. M., & 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>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. U.S. Department of Health and Human Services. <https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf>

Swahnberg, K., Thapar- Björkert, S., & Berterö, C. (2007). Nullified: Women's perceptions of being abused in health care. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(3), 161–167. <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>

Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2009). Intrusive versus deliberate rumination in posttraumatic growth across US and Japanese samples. *Anxiety, Stress & Coping*, 22(2), 129–136. <https://doi.org/10.1080/10615800802317841>

Taubman-Ben-Ari, O., Skvirsky, V., Strauss, T., & Morag, I. (2018). 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>

- Tedeschi, R. G., Shakespeare-Finch, J., Taku, K., & Calhoun, L. G. (2018). *Posttraumatic Growth: Theory, Research and Applications* (1st ed.). Routledge.
- Tham, V., Christensson, K., & Lena Ryding, E. (2007). Sense of coherence and symptoms of post-traumatic stress after emergency caesarean section. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 86(9), 1090–1096. <https://doi.org/10.1080/00016340701507693>
- Thiel, F., Ein-Dor, T., Dishy, G., King, A., & Dekel, S. (2018). Examining Symptom Clusters of Childbirth-Related Posttraumatic Stress Disorder. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 20(5). <https://doi.org/10.4088/pcc.18m02322>
- Thomson, G., & Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268–273. <https://doi.org/10.1080/01674820802545453>
- Thomson, G., Cook, J., Nowland, R., Donnellan, W. J., Topalidou, A., Jackson, L., & Fallon, V. (2022). Resilience and post-traumatic growth in the transition to motherhood during the COVID-19 pandemic: A qualitative exploratory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(4), 1143–1155. <https://doi.org/10.1111/scs.13087>
- Tidemalm, D., Waern, M., Stefansson, C.-G., Elofsson, S., & Runeson, B. (2008). Excess mortality in persons with severe mental disorder in Sweden: a cohort study of 12 103 individuals with and without contact with psychiatric services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 4(23), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-4-23>
- Vesel, J., & Nickasch, B. (2015). An Evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder. *Nursing for Women's Health*, 19(6), 504–525. <https://doi.org/10.1111/1751-486x.12234>
- Videbeck, S. L. (2012). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria* (5ª ed.). Artmed.
- Vilarinho, L. I. M. (2019). *Gestão de Stress no Trabalho: um estudo de caso no setor das telecomunicações*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Minho
- Vischer, L. C., Heun, X., Steetskamp, J., Hasenburg, A., & Skala, C. (2020). Birth experience from the perspective of the fathers. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 302(5), 1297–1303. <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05714-z>
- Vossbeck-Elsebusch, A. N., Freisfeld, C., & Ehring, T. (2014). Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*, 14(200). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-14-200>
- Vries, G.J. de, & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22(4), 259–267. <https://doi.org/10.1002/jts.20429>
- Ward, L. G. (2020). Trauma-Informed perinatal healthcare for survivors of sexual violence. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 34(3), 199–202. <https://doi.org/10.1097/jpn.0000000000000501>
- Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jeličić, L., Pawlicka, P., Van Haeken, S., Uddin, N., Xuereb, R. B., Kolesnikova, N., Ayers, S., Bogaerts, A., Xuereb, R. B., Jeličić, L., Pawlicka, P., Soares, I., Sovilj, M., & Ventura, S. S. (2021). When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>

- Westby, C. L., Erlandsen, A. R., Nilsen, S. A., Visted, E., & Thimm, J. C. (2021). Depression, anxiety, PTSD, and OCD after stillbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04254-x>
- White, T., Matthey, S., Boyd, K., & Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 107–120. <https://doi.org/10.1080/02646830600643874>
- Witteveen, A. B., Bramsen, I., Twisk, J. W. R., Huizink, A. C., Slottje, P., Smid, T., & Van Der Ploeg, H. M. (2007). Psychological distress of rescue workers eight and one-half years after professional involvement in the amsterdam air disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 31–40. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000252010.19753.19>
- Yakupova, V., & Suarez, A. (2022). Postpartum PTSD and Birth experience in Russian-speaking women. *Midwifery*, 112(103385), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103385>
- Zaami, S., Montanari Vergallo, G., Napoletano, S., Signore, F., & Marinelli, E. (2018). The issue of delivery room infections in the Italian law. A brief comparative study with English and French jurisprudence. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(2), 223–227. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1281243>
- Zaami, S., Stark, M., Beck, R., Malvasi, A., & Marinelli, E. (2019). Does episiotomy always equate violence in obstetrics? Routine and selective episiotomy in obstetric practice and legal questions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23(5), 1847–1854. https://doi.org/10.26355/eurev_201903_17219
- Zambaldi, C. F., Cantilino, A., & Sougey, E. B. (2009). Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(4), 252–257. <https://doi.org/10.1590/s0047-20852009000400006>
- Zauderer, C. R. (2014). PTSD after childbirth: Early detection and treatment. *The Nurse Practitioner*, 39(3), 36–41. <https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000425827.90435.e1>
- Zhou, X., & Wu, X. (2016). The relationship between rumination, posttraumatic stress disorder, and posttraumatic growth among Chinese adolescents after earthquake: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 193, 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.076>
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology — A critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 26(5), 626–653. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008>

ANEXOS

Anexo I – Diagnóstico de TSPT segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)

A identificação do diagnóstico de TSPT em adultos, adolescentes ou crianças com mais de 6 anos de idade, carece do cumprimento dos seguintes critérios, segundo o DSM-5:

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

- 1. Vivenciar diretamente o evento traumático.*
- 2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.*
- 3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.*
- 4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático - não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.*

B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de 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 ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um continuum, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)*
- 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante 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.*

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

- 1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.*
- 2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações,*

pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

D. Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspetos:

- *1. Incapacidade de recordar algum aspeto importante do evento traumático (geralmente devido a 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 (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).*
- *3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os 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).*

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

- *1. Comportamento irritadiço e 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).*

F. A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras 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.” (APA, 2014, p.271).

Anexo II - Questionário sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico

1. Idade: _____
2. Nacionalidade: _____
3. Naturalidade: _____
4. Residência (Concelho): _____
5. Habilitações Literárias:
 - Sem escolaridade
 - 4º ano ou equivalente
 - 6º ano ou equivalente
 - 9º ano ou equivalente
 - 12º ano ou equivalente
 - Bacharelato
 - Licenciatura
 - Mestrado
 - Doutoramento
 - Pós-graduação
6. Situação Profissional: _____
7. Profissão: _____
8. Estado civil:
 - Solteiro/a
 - Casado/a
 - União de Facto
 - Divorciado/a
 - Viúvo/a
9. Filhos:
 - Sim
 - Não

9.1. Se assinalou “Sim” na resposta anterior, indique quantos filhos: _____
10. Rendimento anual familiar:
 - inferior a 10.000€
 - entre 10.001 e 20.000€

- entre 20.001 e 37.500€
- entre 37.501 e 70.000€
- superior a 70.001€

11. Teve alguma doença que considere significativa?

- Sim
- Não

11.1. Se assinalou “Sim” na resposta anterior, indique qual (quais): _____

12. Paridade: _____

13. Em relação à gravidez que vivenciou recentemente:

- Foi planeada
- Não foi planeada

14. Vigilância da gravidez:

- Sim
- Não

15. Local de vigilância da gravidez

- Hospital/Maternidade
- Centro de Saúde/USF
- Privado

16. Em relação ao parto:

16.1. Tipo de Parto: _____

16.2. Local onde de realizou o parto:

- Hospital/Maternidade
- Casa
- Outro. Indique qual: _____

16.2.1. Se assinalou “Outro” na resposta anterior, indique qual: _____

16.3. O parto ocorreu como estava planeado?

- Sim
- Não

16.4. Durante o parto sentiu, alguma vez, que a sua integridade física poderia ser comprometida?

- Sim
- Não

16.5. Durante o parto sentiu, alguma vez, que a sua vida/integridade física da criança poderia ser comprometida?

- Sim
- Não

17. Nos últimos 5 anos ocorreu, na sua vida, algum acontecimento significativamente negativo? (Por exemplo: doença, perda de alguém significativo, desemprego, acidente, entre outros)

- Sim
- Não

18. Refira qual o acontecimento que viveu, relacionado com o parto, nos últimos 5 anos:

- Prematuridade
- Trauma Perineal (episiotomia ou laceração)
- Utilização de Fórceps/Ventosa
- Local de parto não desejado
- Impedimento da presença do companheiro
- Falta de privacidade durante o parto
- Falta de controlo da dor durante o parto
- Problema de Saúde inesperado
- Problema de saúde inesperado do bebé

19. Em relação ao nível de stress que sentiu durante o parto, diga por quanto tempo estes perduraram: _____

20. Durante o tempo que perduraram os sintomas deixou de fazer atividades que habitualmente realizava no quotidiano?

- Sim
- Por vezes
- Não

21. Durante o tempo em que perduraram os sintomas teve apoio de profissionais de saúde para ultrapassar o stress que sentia?

- Sim
- Por vezes
- Não

22. Considera que os sintomas que sentia podiam ser consequência de medicação, drogas ou álcool?

- Sim
- Talvez
- Não

23. Que nível de stress sentiu no momento após o acontecimento traumático ocorrido durante o parto (indicado na pergunta 18)? (O algarismo que representa o nível de stress que foi sentido no momento após o acontecimento).

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Anexo III - City Birth Trauma Scale (Versão Portuguesa)



City Escala de Trauma ao Nascimento

Este questionário contém perguntas sobre a sua experiência durante o nascimento do seu último bebê/bebé. Ele investiga possíveis eventos traumáticos que ocorreram durante (ou imediatamente após) o trabalho de parto e nascimento do seu bebê/bebé, e se você está experimentando sintomas que são relatados por algumas mulheres após o nascimento. Por favor, assinale as respostas que mais se aproximam da sua experiência.

Em que data o seu bebê/bebé nasceu?

Durante o trabalho de parto, nascimento e imediatamente após:		
Acreditou que você ou o seu bebê/bebé seriam gravemente feridos?	Sim	Não
Acreditou que você ou seu bebê/bebé iriam morrer?	Sim	Não

As próximas questões investigam sintomas que você pode ter experimentado. Por favor, indique com que frequência experimentou os seguintes sintomas na última semana:

Sintomas relacionados ao nascimento*	Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 ou mais vezes
Memórias indesejadas recorrentes sobre o nascimento (ou partes do nascimento) que não consegue controlar.				
Sonhos maus/ruins ou pesadelos sobre o nascimento (ou relacionados ao nascimento).				
<i>Flashbacks</i> do nascimento e/ou sensação de estar a reviver a experiência.				
Ficar chateada quando se lembra do nascimento.				
Sentir-se tensa ou ansiosa quando se lembra do nascimento.				
Tentar evitar pensar sobre o nascimento.				
Tentar evitar coisas que a lembram do nascimento (por exemplo: pessoas, lugares, programas de TV).				
Não conseguir lembrar detalhes do nascimento.				
Culpar a si mesma ou a outras pessoas pelo que aconteceu durante o nascimento.				
Sentir fortes emoções negativas relacionadas ao nascimento (por exemplo: medo, raiva, vergonha).				

* Embora essas questões se refiram ao nascimento, muitas mulheres têm sintomas relacionados a eventos que aconteceram logo antes ou após o nascimento. Se este for o seu caso e os eventos estiverem relacionados à gravidez, nascimento ou ao bebê/bebé, por favor, responda de acordo com esses eventos.

Sintomas que começaram ou pioraram desde o nascimento:	Nunca	Uma vez	2 a 4 vezes	5 ou mais vezes
Sentir-se mal consigo mesma ou pensar que algo terrível irá acontecer.				
Perder o interesse em atividades que eram importantes para si.				
Sentir-se desconectada/distante de outras pessoas.				
Não conseguir sentir emoções positivas (por exemplo: felicidade, animação).				
Sentir-se irritável ou agressiva.				
Sentir-se autodestrutiva ou agir de modo imprudente.				
Sentir-se tensa e no limite.				
Sentir-se apreensiva ou facilmente assustada.				
Problemas de concentração.				
Não dormir bem por causa de coisas que não têm relação com o padrão de sono do bebê/bebé.				
Sentir-se desconectada/distante ou como se estivesse num sonho.				
Sentir que as coisas estão distorcidas ou não são reais.				

Se tem qualquer um desses sintomas:

Quando esses sintomas começaram?	Quanto tempo duram esses sintomas?
Antes do nascimento.	Menos de 1 mês.
Nos primeiros 6 meses após o nascimento.	Entre 1 e 3 meses.
Mais de 6 meses após o nascimento.	3 meses ou mais.
Não se aplica (Eu não tenho nenhum sintoma).	Não se aplica (Eu não tenho nenhum sintoma).

Esses sintomas causam-lhe muito sofrimento?	Sim	Não	Algumas vezes
Eles impedem que faça coisas que normalmente fazia (por exemplo: estar com as pessoas, realizar suas atividades diárias)?	Sim	Não	Algumas vezes
Algum desses sintomas poderia ser causado por medicamentos, álcool, drogas ou doença física?	Sim	Não	Talvez

Obrigado(a) por responder este questionário.

Anexo IV - Event Related Rumination Inventory (Versão Portuguesa)

Pensamentos Relacionados com o Acontecimento - (ERRI)

Versão Portuguesa do Event Related Rumination Inventory (ERRI)

Parte 1

Após uma experiência como aquela que reportou, as pessoas, por vezes, mas nem sempre, dão por si a ter pensamentos acerca do acontecimento, mesmo sem tentarem pensar nele. Indique, por favor, para os seguintes itens quantas vezes teve as experiências descritas, **durante as semanas imediatamente após** o acontecimento.

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3

1 - Eu pensei no acontecimento, mesmo sem querer.	0	1	2	3
2 – Pensamentos acerca do acontecimento vieram-me à mente e eu nãoconsegui parar de pensar neles.	0	1	2	3
3 – Os pensamentos acerca do acontecimento distraíram-me ouimpediram-me de me concentrar.	0	1	2	3
4 – Eu não consegui evitar que imagens ou pensamentos acerca doacontecimento me viessem à mente.	0	1	2	3
5 – Pensamentos, memórias, ou imagens acerca do acontecimentovieram-me à mente, mesmo quando eu não os queria.	0	1	2	3
6 – Pensamentos acerca do acontecimento fizeram-me reviver a minhaexperiência.	0	1	2	3
7 – Lembranças do acontecimento trouxeram-me pensamentos acercada minha experiência.	0	1	2	3
8 – Dei por mim a pensar, automaticamente, acerca do que tinhaacontecido.	0	1	2	3
9 – Outras coisas levaram-me a pensar na minha experiência.	0	1	2	3
10 – Eu tentei não pensar no acontecimento mas não consegui afastaros pensamentos da minha mente.	0	1	2	3

Parte 2

Após uma experiência como aquela que reportou, as pessoas, por vezes, mas nem sempre, passam tempo a pensar, de forma deliberada e intencional no acontecimento. Indique, por favor, quantas vezes passou tempo a pensar, de forma deliberada, nas questões abaixo indicadas, durante as semanas imediatamente após o acontecimento.

Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
0	1	2	3

1 – Eu pensei se poderia encontrar um significado à minha experiência.	0	1	2	3
2 – Eu pensei se as mudanças que ocorreram na minha vida vieram de lidar com o acontecimento.	0	1	2	3
3 – Obriguei-me a pensar sobre os meus sentimentos acerca da minha experiência.	0	1	2	3
4 – Eu pensei se teria aprendido alguma coisa como resultado da minha experiência.	0	1	2	3
5 – Eu pensei em como a experiência mudou as minhas crenças acerca do mundo.	0	1	2	3
6 – Eu pensei sobre o que a experiência poderia significar para o meu futuro.	0	1	2	3
7 – Eu pensei sobre se a minha relação com os outros mudou após a minha experiência.	0	1	2	3
8 – Obriguei-me a lidar com os meus sentimentos acerca do acontecimento.	0	1	2	3
9 – Eu pensei, de forma deliberada, em como o acontecimento me tinha afetado.	0	1	2	3
10 – Eu pensei acerca do acontecimento e tentei compreender o que se passou.	0	1	2	3

Anexo V – Tabelas de correlação de *Pearson* entre a sintomatologia de TSPT e a ruminação

Estatística Descritiva

	Média	Erro Desvio	N
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Re_experiencing	9,8618	4,91777	217
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Avoidance	3,4332	2,46201	217
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Neg_Cogn_Mood	12,4608	6,98872	217
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Hiperarousal	10,6498	5,88130	217
CBTS_Total_PTSD_symptoms	36,4055	18,74541	217
ERRI Rumin_Intrusiva	23,2581	7,85916	217
ERRI Rumin_Delibeadada	16,6544	8,48939	217

Correlações

		ERRI Rumin_Intrusiva	ERRI Rumin_Delibeadada
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Re_experiencing	Correlação de Pearson	,610**	,391**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
	N	217	217
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Avoidance	Correlação de Pearson	,587**	,392**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
	N	217	217
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Neg_Cogn_Mood	Correlação de Pearson	,587**	,411**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
	N	217	217
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Hiperarousal	Correlação de Pearson	,517**	,293**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
	N	217	217
CBTS_Total_PTSD_symptoms	Correlação de Pearson	,618**	,399**
	Sig. (2 extremidades)	,000	,000
	N	217	217

		ERRI Rumin_Intrusiv a	ERRI Rumin_Delibe da
ERRI Rumin_Intrusiva	Correlação de Pearson	1	,467**
	Sig. (2 extremidades)		,000
	N	217	217
ERRI Rumin_Delibeada	Correlação de Pearson	,467**	1
	Sig. (2 extremidades)	,000	
	N	217	217

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Anexo VI – Comparação de valores relativos ao stress pós-traumático consoante o tipo de evento experienciado no parto e aplicação do teste Oneway ANOVA para análise da variância

Descritivas

		N	Média	Desvio padrão
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Re_experencing	Does not refer	10	4,8000	2,85968
	Perineal trauma	58	8,8966	5,68374
	Use of forceps	31	9,0323	5,14771
	Unexpected change in the type of delivery	46	10,8696	3,89078
	Unwanted place of birth	2	11,0000	2,82843
	Impediment of companion's presence	43	11,6279	4,58270
	Lack of privacy during childbirth	2	7,5000	4,94975
	Lack of pain control during childbirth	25	10,3600	4,00916
	Total	217	9,8618	4,91777
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Avoidance	Does not refer	10	,1000	,31623
	Perineal trauma	58	2,9655	2,58854
	Use of forceps	31	3,3226	2,57406
	Unexpected change in the type of delivery	46	4,0870	2,31734
	Unwanted place of birth	2	4,0000	2,82843
	Impediment of companion's presence	43	3,8837	2,10678
	Lack of privacy during childbirth	2	,5000	,70711
	Lack of pain control during childbirth	25	4,2000	2,10159
	Total	217	3,4332	2,46201
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Neg_Cogn_Mood	Does not refer	10	5,7000	1,25167
	Perineal trauma	58	11,5517	7,84538
	Use of forceps	31	12,3548	8,19572
	Unexpected change in the type of delivery	46	13,1304	6,23470
	Unwanted place of birth	2	16,0000	4,24264
	Impediment of companion's presence	43	14,4884	6,24642
	Lack of privacy during childbirth	2	8,0000	8,48528
	Lack of pain control during childbirth	25	12,7600	5,64417
	Total	217	12,4608	6,98872

Descritivas

			95% de Intervalo de Confiança para Média	
		Erro Padrão	Limite inferior	Limite superior
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Re_experiencing	Does not refer	,90431	2,7543	6,8457
	Perineal trauma	,74631	7,4021	10,3910
	Use of forceps	,92456	7,1441	10,9205
	Unexpected change in the type of delivery	,57366	9,7141	12,0250
	Unwanted place of birth	2,00000	-14,4124	36,4124
	Impediment of companion's presence	,69885	10,2176	13,0383
	Lack of privacy during childbirth	3,50000	-36,9717	51,9717
	Lack of pain control during childbirth	,80183	8,7051	12,0149
	Total	,33384	9,2037	10,5198
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Avoidance	Does not refer	,10000	-,1262	,3262
	Perineal trauma	,33989	2,2849	3,6461
	Use of forceps	,46232	2,3784	4,2668
	Unexpected change in the type of delivery	,34167	3,3988	4,7751
	Unwanted place of birth	2,00000	-21,4124	29,4124
	Impediment of companion's presence	,32128	3,2353	4,5321
	Lack of privacy during childbirth	,50000	-5,8531	6,8531
	Lack of pain control during childbirth	,42032	3,3325	5,0675
	Total	,16713	3,1038	3,7626
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Neg_Cogn_Mood	Does not refer	,39581	4,8046	6,5954
	Perineal trauma	1,03015	9,4889	13,6146
	Use of forceps	1,47200	9,3486	15,3611
	Unexpected change in the type of delivery	,91926	11,2790	14,9819
	Unwanted place of birth	3,00000	-22,1186	54,1186
	Impediment of companion's presence	,95257	12,5660	16,4107
	Lack of privacy during childbirth	6,00000	-68,2372	84,2372
	Lack of pain control during childbirth	1,12883	10,4302	15,0898
	Total	,47443	11,5257	13,3959

		Mínimo	Máximo
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Re_experiencing	Does not refer	,00	8,00
	Perineal trauma	,00	15,00
	Use of forceps	,00	15,00
	Unexpected change in the type of delivery	,00	15,00
	Unwanted place of birth	9,00	13,00
	Impediment of companion's presence	,00	15,00
	Lack of privacy during childbirth	4,00	11,00
	Lack of pain control during childbirth	,00	15,00
	Total	,00	15,00
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Avoidance	Does not refer	,00	1,00
	Perineal trauma	,00	6,00
	Use of forceps	,00	6,00
	Unexpected change in the type of delivery	,00	6,00
	Unwanted place of birth	2,00	6,00
	Impediment of companion's presence	,00	6,00
	Lack of privacy during childbirth	,00	1,00
	Lack of pain control during childbirth	,00	6,00
	Total	,00	6,00
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Neg_Cogn_Mood	Does not refer	3,00	7,00
	Perineal trauma	,00	21,00
	Use of forceps	,00	21,00
	Unexpected change in the type of delivery	,00	21,00
	Unwanted place of birth	13,00	19,00
	Impediment of companion's presence	,00	21,00
	Lack of privacy during childbirth	2,00	14,00
	Lack of pain control during childbirth	,00	21,00
	Total	,00	21,00

		N	Média	Desvio padrão
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Hiperarousal	Does not refer	10	8,0000	3,12694
	Perineal trauma	58	9,5862	6,73830
	Use of forceps	31	10,0323	7,13435
	Unexpected change in the type of delivery	46	11,4565	5,08027
	Unwanted place of birth	2	11,0000	4,24264
	Impediment of companion's presence	43	11,7907	4,95964
	Lack of privacy during childbirth	2	8,0000	11,31371
	Lack of pain control during childbirth	25	11,6800	5,21792
	Total	217	10,6498	5,88130
CBTS_Total_PTSD_symptoms	Does not refer	10	18,6000	5,44059
	Perineal trauma	58	33,0000	21,64952
	Use of forceps	31	34,7419	21,58544
	Unexpected change in the type of delivery	46	39,5435	15,94673
	Unwanted place of birth	2	42,0000	14,14214
	Impediment of companion's presence	43	41,7907	16,29426
	Lack of privacy during childbirth	2	24,0000	25,45584
	Lack of pain control during childbirth	25	39,0000	14,90246
	Total	217	36,4055	18,74541

			95% de Intervalo de Confiança para Média	
		Erro Padrão	Limite inferior	Limite superior
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Hiperarousal	Does not refer	,98883	5,7631	10,2369
	Perineal trauma	,88478	7,8145	11,3580
	Use of forceps	1,28137	7,4154	12,6492
	Unexpected change in the type of delivery	,74905	9,9479	12,9652
	Unwanted place of birth	3,00000	-27,1186	49,1186
	Impediment of companion's presence	,75634	10,2643	13,3170
	Lack of privacy during childbirth	8,00000	-93,6496	109,6496
	Lack of pain control during childbirth	1,04358	9,5261	13,8339
	Total	,39925	9,8628	11,4367
CBTS_Total_PTSD_sympto ms	Does not refer	1,72047	14,7080	22,4920
	Perineal trauma	2,84272	27,3075	38,6925
	Use of forceps	3,87686	26,8243	42,6595
	Unexpected change in the type of delivery	2,35122	34,8079	44,2791
	Unwanted place of birth	10,00000	-85,0620	169,0620
	Impediment of companion's presence	2,48485	36,7761	46,8053
	Lack of privacy during childbirth	18,00000	-204,7117	252,7117
	Lack of pain control during childbirth	2,98049	32,8486	45,1514
	Total	1,27252	33,8974	38,9137

		Mínimo	Máximo
CBTS_PTSD_symptoms_Subsc_Hiperarousal	Does not refer	4,00	11,00
	Perineal trauma	,00	18,00
	Use of forceps	,00	18,00
	Unexpected change in the type of delivery	,00	18,00
	Unwanted place of birth	8,00	14,00
	Impediment of companion's presence	,00	18,00
	Lack of privacy during childbirth	,00	16,00
	Lack of pain control during childbirth	,00	18,00
	Total	,00	18,00
CBTS_Total_PTSD_symptoms	Does not refer	11,00	24,00
	Perineal trauma	,00	60,00
	Use of forceps	,00	60,00
	Unexpected change in the type of delivery	1,00	60,00
	Unwanted place of birth	32,00	52,00
	Impediment of companion's presence	,00	60,00
	Lack of privacy during childbirth	6,00	42,00
	Lack of pain control during childbirth	,00	60,00
	Total	,00	60,00

ANOVA

		Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Re_experencing	Entre Grupos	532,382	7	76,055	3,388
	Nos grupos	4691,471	209	22,447	
	Total	5223,853	216		
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Avoidance	Entre Grupos	185,105	7	26,444	4,916
	Nos grupos	1124,176	209	5,379	
	Total	1309,281	216		
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Neg_Cogn_Mood	Entre Grupos	769,854	7	109,979	2,350
	Nos grupos	9780,063	209	46,795	
	Total	10549,917	216		
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Hiperarousal	Entre Grupos	274,376	7	39,197	1,138
	Nos grupos	7197,006	209	34,435	
	Total	7471,382	216		
CBTS_Total_PTSD_symptoms	Entre Grupos	6167,449	7	881,064	2,641
	Nos grupos	69732,865	209	333,650	
	Total	75900,313	216		

ANOVA

		Sig.
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Re_experencing	Entre Grupos	,002
	Nos grupos	
	Total	
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Avoidance	Entre Grupos	,000
	Nos grupos	
	Total	
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Neg_Cogn_Mood	Entre Grupos	,025
	Nos grupos	
	Total	
CBTS_PTSD_symptoms_S ubsc_Hiperarousal	Entre Grupos	,340
	Nos grupos	
	Total	
CBTS_Total_PTSD_symptoms	Entre Grupos	,012
	Nos grupos	
	Total	

Anexo VII – Tabela do qui-quadrado de *Pearson* para associação entre a paridade e o diagnóstico de TSPT

Tabulação cruzada 12 Paridade * CBTS_PTSD

Contagem

		CBTS_PTSD		Total
		No (PTSD)	Yes (PTSD)	
12 Paridade	Primiparous	60	84	144
	Multiparous	25	48	73
Total		85	132	217

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	1,119 ^a	1	,290		
Correção de continuidade ^b	,830	1	,362		
Razão de verossimilhança	1,129	1	,288		
Teste Exato de Fisher				,307	,181
N de Casos Válidos	217				

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 28,59.

b. Computado apenas para uma tabela 2x2

Anexo VIII – Tabela do qui-quadrado de *Pearson* para associação entre o tipo de parto e o diagnóstico de TSPT

Tabulação cruzada 16.1. Tipo de parto (3 categorias) * CBTS_PTSD

		CBTS_PTSD.. No (PTSD)	
16.1. Tipo de parto (3 categorias)	Vaginal	Contagem	8
		% em CBTS_PTSD	9,4%
	Vaginal (forceps / vacuum)	Contagem	50
		% em CBTS_PTSD	58,8%
	Caesarean	Contagem	27
		% em CBTS_PTSD	31,8%
Total	Contagem		85
	% em CBTS_PTSD		100,0%

Tabulação cruzada 16.1. Tipo de parto (3 categorias) * CBTS_PTSD

		CBTS_PTSD Yes (PTSD)		Total
16.1. Tipo de parto (3 categorias)	Vaginal	Contagem	16	24
		% em CBTS_PTSD	12,1%	11,1%
	Vaginal (forceps / vacuum)	Contagem	61	111
		% em CBTS_PTSD	46,2%	51,2%
	Caesarean	Contagem	55	82
		% em CBTS_PTSD	41,7%	37,8%
Total	Contagem		132	217
	% em CBTS_PTSD		100,0%	100,0%

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)
Qui-quadrado de Pearson	3,292 ^a	2	,193
Razão de verossimilhança	3,305	2	,192
Associação Linear por Linear	,638	1	,424
N de Casos Válidos	217		

a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 9,40.