



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

STEPHANE MOTA LOURENÇO

**DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
NO PUERPÉRIO TARDIO A PARTIR DE FATORES RELACIONADOS AO
PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

BRASÍLIA

2019



STEPHANE MOTA LOURENÇO

**DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO
NO PUERPÉRIO TARDIO A PARTIR DE FATORES RELACIONADOS AO
PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

Relatório final de pesquisa de Iniciação
Científica apresentado à Assessoria de Pós-
Graduação e Pesquisa.

Orientação: Régis Eric Maia Barros e Marcelo
Costa Cronemberger Marques

BRASÍLIA

2019

RESUMO DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NO PUERPÉRIO TARDIO A PARTIR DE FATORES RELACIONADOS AO PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL

INTRODUÇÃO: O ciclo gestacional, em especial o parto, constitui um evento complexo, que a depender da resposta adaptativa de cada paciente, pode representar tanto uma experiência positiva quanto uma negativa, podendo, nesse último caso, levar puérperas a experienciar estresse e depressão por períodos prolongadas após o parto, além de ser um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT. **METODOLOGIA:** Estudo individuado, observacional, quantitativo, transversal; realizado em um hospital público do Distrito Federal em duas etapas, sendo a primeira por meio de uma entrevista estruturada e análise de prontuários através do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento, coletados na maternidade, e a segunda, pela Escala de impacto de um evento (IES) obtida via telefone 42 dias após o parto. As variáveis foram analisadas quanto ao tamanho amostral, valor mínimo, máximo, média, desvio-padrão e coeficiente de variação. Para análise do impacto das variáveis foram utilizados os testes de: Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e Bartlett. **RESULTADOS:** A média de idade foi de 28 anos, sendo a maioria, menor de 35 anos (79,57%; n =113), a maioria possuía ensino médio (58,16%; n = 82), declarou trabalhar fora (44,29%; n = 62), tem história de trauma anterior 21,13% (n = 30), histórico psiquiátrico 16,90% (n = 24). Foi identificada a prevalência de transtorno de estresse pós-traumático de 6,33%, (n =17). Quanto ao parto, 74,45% (n = 102) relataram preferência por parto vaginal, sendo que 53,52% (n = 76) teve o parto desejado. 47,89% (n = 68) das pacientes teve parto vagina, 36,62% (n = 52) tiveram cesárea de emergência e 15,49% (n = 22), cesárea eletiva. Quanto ao uso de medicações durante o trabalho de parto, em 40,85% (n = 58) houve indução do parto e em 51,41% (n = 73) foi utilizada analgesia de parto, em sua maioria raquianestesia (98,55%; n = 68). Das pacientes, 48,59% (n = 69) tiveram alguma intercorrência durante a gestação, e 42,25% (n = 60) durante o parto. 48,23% (n = 68) foram acompanhadas pelo parceiro, 36,17% (n = 51) por algum membro da família, 14,89% (n = 21) estavam sozinhas e uma pacientes (0,71%) estava com uma amiga. A respeito da experiência com o parto, 28,17% (n = 40) alegaram muito ruim, 28,87% (n = 41) ruim, 23,94% (n = 34) moderada, 15,49% (n = 22) boa e 3,52% (n = 5) afirmaram que a experiência foi muito boa. Das 142 pacientes, apenas 1 não realizou o pré-natal, sendo que a maioria (75,35%; n=107) realizou o pré-natal completo (6 consultas). **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Foi observada uma diferença significativa na escala IES em relação a avaliação do parto realizada pelas pacientes (Kruskal-Wallis; H = 31,50; GL = 2; P < 0,001), percebeu-se que pacientes que consideraram o parto ruim ($7,970 \pm 12,04$), tiveram um valor na escala IES maior do que quem considerou o parto bom ($1,84 \pm 3,97$; média \pm DP) ou moderado ($2,00 \pm 5,25$ média \pm DP; post-hoc para ambos P < 0,05; Fig. 1). Dentre os fatores que influenciaram negativamente a avaliação das gestantes, estão: indução do parto (p =0,023), parto vaginal (p = 0,021) e cesárea de emergência (p = 0,021). Como fator protetor foi identificado ter o parto desejado (p < 0,001). Não houve associações estatísticas significativas entre a pontuação do IES e o histórico psiquiátrico das pacientes, trauma anterior. Conclui-se pacientes que apresentaram avaliações negativas quanto ao parto no puerpério imediato e mediato são um grupo de maior risco para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, assim como pacientes que tiveram parto induzido, passaram pelo trabalho de parto, tiveram parto vaginal, cesárea de emergência ou não tiveram o plano de parto respeitado. As demais variáveis estudadas não apresentaram associação estatística relevante.

Palavras-Chave: Palavras chaves: Transtornos Puerperais, Período Pós-Parto, Transtornos de Estresse Traumático Agudo, Transtornos de Estresse Traumático.

SUMÁRIO

SUMÁRIO	4
INTRODUÇÃO	6
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
Definição de evento traumático	9
DSM-V	9
Histórico	10
Transtorno de Estresse Pós-Traumático:	10
Definição	10
Epidemiologia	11
Fisiopatologia	11
Fatores de risco e prognósticos	13
Critérios diagnósticos	13
Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto	15
Saúde mental no pós-parto	15
Parto traumático	16
Avaliação negativa do parto	17
Fatores de risco	18
Características gerais do transtorno de estresse pós-traumático pós-parto	19
Repercussões do transtorno de estresse pós-traumático pós-parto	20
METODOLOGIA	21
Tipo de estudo:	21
Amostra:	21
Critérios de inclusão:	22
Critérios de Exclusão:	22
Revisão bibliográfica	22
Recrutamento e Coleta de Dados:	22
Instrumental utilizado:	24
Análise Estatística:	25
CRONOGRAMA	27
RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
Características da Amostra:	28
Análises descritivas:	28
Associação entre análises categóricas:	32
CONCLUSÃO	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICES	43
APÊNDICE 1	43
APÊNDICE 2	44
APÊNDICE 3	47

APÊNDICE 4.....	50
ANEXOS	53
ANEXOS 1.....	53
ANEXOS 2.....	55

INTRODUÇÃO

O parto é um evento complexo, no qual muitas mulheres preenchem o primeiro critério do DSM V (2013) para o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), já que é um acontecimento que pode impor ameaça à integridade física da mãe e/ou de seu filho (COOK,2018; ZAAT, 2018). O transtorno de estresse pós-traumático é uma das desordens mentais mais comuns no campo psiquiátrico (COOK, 2018; MAHMOODI, 2016; SILVERSTEIN, 2018; ZAAT, 2018).

As mulheres têm risco para o desenvolvimento desse transtorno desde o início da gestação até 1 ano após o parto, com prevalência nesses períodos de 3,3 e 4% respectivamente (COOK,2018). No período pós-parto a prevalência de TEPT varia de 1.3 a 2.14% 1 a 2 meses após o parto e 0.9 a 4.6% 3 a 12 meses após o parto. No puerpério o TEPT ocorre principalmente devido a eventos traumáticos ocorridos durante o parto (COOK,2018; NAKIĆ RADOŠ et al, 2018; POLACHEK, 2016). Prevalência do TEPT após uma na população normal é de 3.1% já na população de risco é de 15.7%

Tal prevalência pode variar quando se analisa pacientes de alto risco (como mulheres que apresentaram intercorrências durante o período gestacional ou após o nascimento de seus filhos) chegando a 15-18% nesses grupos (COOK, 2018; DE GRAAFF, 2018).

Contudo, ainda sim, é provável que muitos estudos subestimem a real prevalência deste transtorno, pois muitas das análises feitas a esse respeito avaliam apenas a ocorrência dessa patologia relacionada às experiências traumáticas de parto, não fazendo avaliações dessa prevalência em outros contextos do ciclo gestacional (COOK,2018).

De acordo com o DSM V (2013), o transtorno de estresse pós-traumático pode ser definido como sendo uma resposta prolongada a um evento estressante, a uma situação potencialmente ameaçadora ou a um evento de proporções catastróficas. Exemplos desses eventos são: experiências com risco de morte, dano físico grave ou ameaça à integridade física (COOK,2018; SILVERSTEIN, 2018).

Para o diagnóstico, os sintomas devem persistir por pelo menos 1 mês, antes desse período considera-se como desordem de estresse agudo (ANDERSON, 2018; KHORAMROUDI; 2018; SILVERSTEIN, 2018).

Em adição, além de viver essas experiências, para que se desenvolva um transtorno de estresse pós-traumático a resposta do indivíduo deve consistir em: medo intenso, horror ou sensação de impotência frente a situação. (DSM-5; GREKIN et al, 2014)

De modo geral, o DSM V (2013) divide o critério do TEPT em 4 grupos: (COOK,2018; ZAAT, 2018).

- ⇒ Hiper-reatividade: Sintomas intrusivos associados ao evento traumático
- ⇒ Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático
- ⇒ Alterações negativas na cognição e no humor associada ao evento traumático
- ⇒ Hiperexcitabilidade Alterações na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático

(AYERS, 2015; **COOK,2018** HENRIQUES, 2015; SCHWAB, 2012; DIKMEN-YILDIZ, 2017; ZAAT, 2018).

Para que se possa diagnosticar um quadro de TEPT completo faz-se necessária a presença de: exposição a um evento traumático gerando pelo menos 1 sintoma intrusivo, 1 sintoma de evitação, 2 sintomas de alteração da cognição e 2 sintomas de alteração na reatividade e excitação (COOK,2018).

Embora o DSM-V não identifique especificamente o parto como um evento traumático, pois tal evento não cumpre todos os critérios propostos, existem evidências substanciais que associam o parto ao desenvolvimento de TEPT pois o trabalho de parto é permeado por diversos elementos traumáticos (AYERS, 2015; GREKIN & O'HARA, 2014; POLACHEK, 2016; ZAAT, 2018)

Dentre os principais fatores de risco podemos citar: parto operatório, dificuldades psicológicas durante a gravidez, falta de suporte, gênero do bebê, nível de suporte social, depressão, trauma prévio (COOCK, 2018; SILVERSTEIN, 2018; ZAAT, 2018)

Não obstante, a incidência dessa patologia, quando relacionado à modalidade de parto é mais alta em cesarianas de emergência comparativamente com o parto normal ou cesáreas eletivas (MAHMOODI, 2016)

A ocorrência de TEPT em qualquer momento da vida é alarmante, contudo, durante o período gestacional merece uma consideração adicional, pois há um aumento do risco de complicações e desfechos gestacionais negativos (COOK, 2018).

O TEPT está associado a partos prematuros, baixo peso e menores índices de amamentação. Pode ainda afetar direta ou indiretamente o desenvolvimento infantil em múltiplos domínios (físico, cognitivo, emocional e social) (COOK, 2018; ZAAT, 2018).

Não obstante, ainda deve ser considerado o fato de que durante a vigência desse transtorno a criança pode sofrer alterações neuroendócrinas em decorrência das influências negativas do TETP sob as relações familiares (COOK, 2018). Sendo, portanto, um fator de risco para saúde mental, dificuldades sociais e cognitivas. Além disso o TEPT é um importante fator de risco para o suicídio, constituindo-se então uma causa de mortalidade materna (DEKEL, 2017; SILVERSTEIN, 2018).

Avaliar as mulheres no período perinatal e pós-natal é crucial para manutenção da saúde perinatal e prevenção de desfechos gestacionais negativos. (COOCK, 2018). Estima-se que anualmente são gastos 38,98 bilhões devido à problemas de saúde mental perinatal, sendo 72% atribuídos à impactos a longo prazo na criança (AYERS, 2015; POLACHEK, 2016). Contudo, mesmo frente a esse prognóstico, na atualidade, ainda há um sub-diagnóstico dessa patologia (AYERS, 2015; BECK, 2004; MELVILLE, 2017; MORAES, et al., 2017; YONKERS, 2012, SCHWAB, 2012 YONKERS, 2012; ZAAT, 2018)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Definição de evento traumático

DSM-V

“Os eventos traumáticos do Critério A sofridos diretamente incluem, mas não se limitam a, exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (p. ex., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou perpetrados pelo homem e acidentes automobilísticos graves. Para crianças, eventos sexualmente violentos podem incluir experiências sexuais inapropriadas em termos do estágio de desenvolvimento sem violência física ou lesão. Uma doença potencialmente fatal ou uma condição clínica debilitante não são consideradas necessariamente eventos traumáticos. Incidentes médicos que se qualificam como eventos traumáticos incluem eventos súbitos e catastróficos (p. ex., despertar durante uma cirurgia, choque anafilático). Eventos testemunhados incluem, mas não se limitam a, observação de ameaça de lesão ou lesão real grave, morte natural, abuso físico ou sexual de outra pessoa em virtude de agressão violenta, violência doméstica, acidente, guerra ou desastre ou catástrofe médica envolvendo um filho (p. ex., uma hemorragia potencialmente fatal). A exposição indireta por ter conhecimento do evento está limitada a experiências que afetam parentes ou amigos próximos e experiências violentas ou acidentais (p. ex., morte por causas naturais não se qualifica). Esses eventos incluem ataque pessoal violento, suicídio, acidente grave e lesão grave. O transtorno pode ser especialmente grave ou duradouro quando o estressor é interpessoal e intencional (p. ex., tortura, violência sexual)” (American Psychiatry Association et al, 2014).

Histórico

O interesse pelo “estresse pós-traumático” surgiu a partir da observação de problemas psicológicos manifestados por ex-soldados de guerra. E em 1980 a partir da publicação do 3º Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-III), o Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) passou a ser uma entidade nosológica reconhecida (ZAMBALDI,2009).

Desde sua inclusão no DSM os critérios diagnósticos têm sido revisados, e apresentem conceitos cada vez mais abrangente, conforme cada nova edição. Em sua primeira versão o conceito era restrito ao trauma, só sendo aplicado a situações extremas. Na edição atual, além de o transtorno de estresse pós-traumático ter sido transferido da categoria de “transtornos ansiosos” para a de “Trauma e transtornos relacionados ao estresse”, há também uma valorização da percepção do sujeito, sendo, portanto, mais importante a resposta do indivíduo a um evento específico, do que o próprio evento em si (American Psychiatry Association et al, 2014; ZAMBALDI,2009).

Transtorno de Estresse Pós-Traumático:

Definição

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma síndrome na qual as manifestações clínicas surgem a partir da interação entre fatores psicológicos e neurobiológicos após exposição a um evento traumático – que envolve risco real ou percebido à própria integridade física ou a de outro (DE GRAAFF, 2018; KHORAMROUDI, 2018).

Esse gatilho é capaz de precipitar alterações na amígdala, no córtex pré-frontal, no corpo caloso, no hipocampo, nos circuitos cerebrais do medo, dentre outros, levando a alterações de memória e de comportamento. (ANGELINI, 2018; DE GRAAFF, 2018; WANG, 2018).

Tais alterações também podem ocorrer, de forma transitória, em respostas adaptativas normais frente a um trauma. Conduto, quadros de desadaptação persistente, principalmente quando apresentam duração superior a 30 dias aumentam a probabilidade de transtorno patológico (ANDERSON, 2018; DE GRAAFF, 2018).

Epidemiologia

O TEPT acomete tanto homens quanto mulheres, e pode se manifestar em indivíduos de qualquer idade a partir de 1 ano. A prevalência dessa patologia é duas vezes maior na população feminina (American Psychiatry Association et al, 2014; SHALEV 2017). Estima-se para mulheres, a prevalência de cerca de 10% durante toda a vida (DEKEL,2017), enquanto na população adulta em geral, o esperado é uma prevalência de 6.1% (American Psychiatry Association et al, 2014; American Psychiatry Association et al, 2013).

Diversos fatores geográficos, socioculturais e individuais contribuem de forma positiva ou negativa para o desenvolvimento completo dessa síndrome, justificando-se as diferentes prevalências desse transtorno em populações culturalmente distintas (American Psychiatry Association et al, 2014; SHALEV 2017).

Segundo o DSM-IV, nos Estados Unidos, embora a etnia branca apresente a maior prevalência de transtornos de ansiedade, de um modo geral, os negros apresentam as maiores taxas de acometimento por TEPT (8.6%), enquanto os asiáticos apresentam as menores (1.6%)(American Psychiatry Association et al, 2013).

A população de jovens apresenta maior taxa de acometimento da forma completa, enquanto adultos mais velhos, em geral, apresentam quadros parciais. (American Psychiatry Association et al, 2014)

Fisiopatologia

Estudos clínicos em humanos e animais sugerem que a fisiopatologia do TEPT envolva alterações neurohormonais e mudanças no funcionamento de neurotransmissores do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, dos sistemas endocanabinóide, opioide, serotoninérgico, noradrenérgico, glutamatérgico e gabaérgico. (BAILEY, 2013; KELMENDI, 2016; ROZONI, 2016; WANG, 2018)

Indivíduos com TEPT apresentam níveis mais elevados de hormônio liberador de corticotrofina (CRH) devido à níveis mais baixos de cortisol. Altos níveis de CRH além de fortalecerem a memória do evento traumático, causando hiperativação da

resposta ao medo e subsequentemente sintomas ansiosos, também são responsáveis por promover estímulo para liberação de norepinefrina que atua no córtex pré-frontal, amígdala e hipotálamo (BAILEY, 2013; KELMENDI, 2016; ROZONI, 2016; WANG, 2018)

Esses mecanismos contribuem para a perpetuação, superior a 30 dias, de níveis elevados de estresse e ansiedade após eventos traumáticos mesmo diante de situações relativamente seguras, haja visto a presença de falhas nos circuitos cerebrais que levam a um feedback excessivo do eixo Hipotálamo-pituitária-adrenal bem como, um desbalanço entre as áreas do circuito do medo no cérebro: córtex pré-frontal, hipocampo, amígdala (ANDERSON, 2018; CHUNG, 2017; DE GRAAFF, 2018; WANG, 2018).

Além dos mecanismos fisiopatológicos, segundo Brewin, existem dois sistemas possíveis a serem utilizados diante de um evento traumático, que justificariam o desenvolvimento ou não do TEPT: o sistema de memória situacionalmente acessível (SAM) e o sistema de memória verbalmente acessível (VAM). O primeiro, SAM, armazenado na amígdala, não sendo passível de alteração, e o último, VAM, armazenado inicialmente no hipocampo, sendo um tipo de memória passível de modificação a partir da reflexão (BREWIN, 1996).

Em geral as memórias traumáticas são armazenadas no SAM, razão pela qual as memórias têm maior grau de dificuldade em seu processamento e não são passíveis de modificação a partir da reflexão. Não obstante, esse sistema se associa a maior riqueza sensorial e é reativado de forma automática por associação, sendo difícil controlar os gatilhos. Sendo, portanto, o sistema que tem maior probabilidade de provocar estresse psicológico e conseqüentemente gerar TEPT (BREWIN, 1996).

Portanto, quando os eventos são considerados traumáticos e associados à avaliações ruins, esses produzem emoções negativas, tais como ansiedade e depressão, que acabam por incentivar e perpetuar o uso de estratégias de enfrentamento disfuncionais (NAKIĆ RADOŠ et al, 2018).

Fatores de risco e prognósticos

Existem 3 grupos de fatores de risco citados na literatura: fatores pré-traumáticos, traumáticos e pós-traumáticos (American Psychiatry Association et al, 2014).

Os fatores pré-traumáticos são características pré-existentes que podem se subdividir em temperamentais, ambientais, genéticos e fisiológicos. Alguns exemplos desses fatores são: o sexo feminino, exposição anterior a evento traumático, história pessoal de doenças mentais, baixo nível socioeconômico. (American Psychiatry Association et al, 2014).

Os traumáticos relacionam-se diretamente com o evento gatilho, como por exemplo a reação física gerada no momento do incidente, a gravidade do evento, nível de violência, a presença de ameaça à própria vida ou de outros (American Psychiatry Association et al, 2014).

Já os pós-traumáticos estão diretamente ligados à resiliência ou a capacidade individual e capacidade de gerar mecanismos adaptativos e estratégias de enfrentamento apropriadas frente a um estresse agudo. Esse último pode se tornar um risco potencial em indivíduos sem suporte social adequado ou que estejam vivenciando outros tipos de estresse, como conflitos no trabalho, problemas financeiros ou dificuldades no relacionamento (American Psychiatry Association et al, 2014).

Crítérios diagnósticos

A investigação inicial do TEPT deve ser feita por médicos experientes por meio de entrevistas clínicas validadas como por exemplo: a mini entrevista neuropsiquiátrica (Mini PTSD), a entrevista clínica estruturada do DSM, ou questionários de rastreamento como as escalas PTSD e a impacto dos eventos (IES) (DE GRAAFF, 2018). Tais ferramentas são uteis para rastrear, mas não para a confirmação diagnóstica (DE GRAAFF, 2018).

Como a apresentação clínica do TEPT manifesta-se de forma muito variada, haja vista as diversas combinações de sintomas possíveis, para facilitar, os sintomas foram separados em grupos que constituem os critérios diagnósticos do DSM-5.

(American Psychiatry Association et al, 2014; ANDERSON, 2018; DE GRAAFF, 2018; KHORAMROUDI, 2018; SIMPSON, 2018; VESEL, 2015; DIKMEN-YILDIZ, 2017).

O primeiro critério a ser estabelecido, “critério A”, é a identificação da exposição a um trauma real ou percebido, injúria grave ou violência sexual. A exposição pode se dar de maneira direta, como vítima, ou de maneira indireta, como uma testemunha ou receptor de uma notícia a respeito de um evento traumático (morte de entes queridos, tragédias). Esse último não se aplica se a exposição for dada por fotos, televisão ou cinema (American Psychiatry Association et al, 2014).

O “Critério B” diz respeito à “reexperimentação”, lembranças involuntárias recorrentes e intrusivas do evento por meio de pesadelos angustiantes, reações dissociativas (*flashbacks*), pensamentos intrusivos, estresse psicológico ou físico quando diante de fatos/eventos/objetos que evoquem a memória do trauma. A manifestação desse critério pode se dar com ou sem perda da percepção da realidade, e podem estar associados a níveis elevados de ansiedade e sofrimento. (American Psychiatry Association et al, 2014; KHORAMROUDI, 2018; SIMPSON, 2018)

O “Critério C” é caracterizado pela evitação, e pode se dar de duas formas, evitar pensamentos, sentimentos ou assuntos que possam estar associados ao evento, ou ainda se furta de eventos, atividades ou pessoas que possam funcionar como um gatilho para as lembranças do trauma. Esse critério se manifesta de forma mais grave principalmente em indivíduos com manifestações altamente somáticas. (American Psychiatry Association et al, 2014; KHORAMROUDI, 2018; SIMPSON, 2018)

Alterações negativas da cognição e do humor representam o “Critério D” desencadeadas ou pioradas pelo evento traumático. Em geral são necessárias a identificação de 2 alterações nesse grupo de sintomas, como por exemplo: amnésia ou memória distorcida (exagerada, ou excessivamente negativa) a respeito do evento, diminuição do interesse por outras atividades, distanciamento social, negativismo (American Psychiatry Association et al, 2014; ANDERSON, 2018; DE GRAAFF, 2018; KHORAMROUDI, 2018; SIMPSON, 2018)

O “Critério E” também requer a presença de 2 alterações, e está diretamente relacionado ao surgimento ou piora da excitação e da reatividade do indivíduo após um evento gatilho. Alguns dos sintomas encontrados dentro desse grupo são: comportamento irritado/estressado, agressividade, hipervigilância, problemas de

concentração, insônia, hipersensibilidade emocional (American Psychiatry Association et al, 2014; KHORAMROUDI, 2018; SIMPSON, 2018; DIKMEN-YILDIZ, 2017).

A duração dos sintomas deve ser superior a 1 mês e causar sofrimento psíquico significativo, com prejuízo das funções normais do indivíduo. Excluindo-se os casos nos quais os sintomas podem ser atribuídos ao uso de drogas ou outras medicações. (American Psychiatry Association et al, 2014; ANDERSON, 2018; DE GRAAFF, 2018; KHORAMROUDI, 2018; SIMPSON, 2018). Tais critérios são válidos a partir dos 6 anos de idade, já que crianças tem mecanismos de enfrentamento do trauma diferentes dos apresentados pelos adultos (American Psychiatry Association et al, 2014).

Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto

Saúde mental no pós-parto

O Boletim da 2012 da OMS identificou a saúde mental materna como uma prioridade global (VIGNATO,2017). Embora existam poucos dados associados a morbidade e mortalidade associada ao TEPT pós-parto no período perinatal. De acordo com a organização mundial de saúde, transtornos psicológicos são um importante contribuinte para as mortes maternas no primeiro ano após o nascimento de um filho (VESEL, 2015), das pacientes com TEPT, cerca de 23% apresentam ideação suicida. (DEKEL,2017).

De modo geral, o ciclo gravídico puerperal, apesar de estar associado à mudanças físicas, psicológicas e sociais, de modo geral, é considerado um período de bem-estar físico e emocional (ANGELINI 2018).Contudo, devido à mudanças no funcionamento basal dos sistemas bioquímicos e psicológicos, esse período pode relacionar-se à um maior risco de transtornos psiquiátricos (DEKEL , 2017; SIMPSON, 2018; YONKERS, 2012; ZAAT, 2018).

Outro fator importante no desenvolvimento de patologias psiquiátricas nessa etapa da vida feminina é a velocidade com que essas modificações ocorrem, muitas mulheres podem apresentar dificuldades para desenvolver mecanismos adaptativos

saudáveis frente a essa nova realidade, o que reflete diretamente na saúde mental das gestantes, predispondo ou agravando transtornos psicológicos (ANDERSON, 2018; ANGELINI 2018; BASTOS, 2015; CHUNG 2017; DE GRAAFF, 2018; DEKEL, 2017; MELVILLE, 2017; NAKIĆ RADOŠ et al, 2018; VESEL, 2015; WEINREB, 2018).

Portanto, o ciclo gestacional, em especial o parto, é um evento complexo, que a depender da resposta adaptativa de cada paciente, durante o processamento da memória do evento e das emoções envolvidas, podem representar tanto uma experiência positiva quanto uma negativa. Nesse último caso, sendo, portanto, um fator de risco para o desenvolvimento ou agravamento de transtornos depressivos e ansiosos próximos ao parto ou usualmente no pós-parto (BASTOS, 2015; CHUNG, 2017; VIGNATO,2017).

Parto traumático

Comparativamente existem menos estudos a respeito do estresse pós-traumático pós-parto, do que a respeito da depressão pós-parto. Isso se deve à crença social de que o parto não poderia configurar um evento traumático na vida de uma mulher e, portanto, não preencheria os critérios básicos para classificação dessa síndrome (DE GRAAFF, 2018).

No entanto, nos últimos anos foi evidenciado que o parto, mesmo quando sem complicações, é uma situação potencialmente estressante, o que justifica o fato de que, embora para a maioria das mulheres o nascimento de um filho seja um evento positivo, para cerca 33 a 45% das mulheres esse representa uma experiência traumática e podem levar as puérpera a experienciar estresse e depressão por períodos prolongadas após o parto (ANDERSON, 2018; ANGELINI 2018; DEKEL,2017; NAKIĆ RADOŠ et al, 2018; ZAAT, 2018).

Isso ocorre, pois, nesse período da vida da mulher a carga de estresse percebida pode aumentar, principalmente quando há uma ameaça real ou percebida à vida do bebê, um trabalho de parto pré-termo ou alguma complicação médica como o desenvolvimento materno de pré-eclâmpsia grave ou restrição de crescimento fetal (ROMERO, 2014).

Nesse viés, no campo psicológicos, qualquer fator que atue como um agente estressor aumenta o risco de depressão, ansiedade, transtorno do sono e o dano funcional no puerpério (KHORAMROUDI, 2018; ROMERO, 2014; WEINREB, 2018).

Avaliação negativa do parto

A percepção do parto é uma avaliação subjetiva, já que muitos dos partos classificados como normais por obstetras, acostumados a lidar com diversas intervenções e complicações nos plantões diários, podem, às vezes, serem considerados traumáticos para as mulheres que o vivenciam (GREKIN & O'HARA, 2014).

Perceber o parto de forma negativa tem sido identificado como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT. Não obstante, identificou-se que respostas emocionais negativas durante ou após o evento traumático são preditores de TEPT, emoções negativas no peri-parto, como medo, pânico, tristeza e vergonha estão relacionadas não só a ocorrência, como também à gravidade do TEPT pós parto (DEKEL, 2017; ZAAT, 2018; ZAMBALDI, 2009).

Das mulheres que avaliam negativamente o nascimento, embora muitas apresentem sinais precoces de estresse, apenas 1 a 6% desenvolvem alterações neuro-hormonais no sistema nervoso central, manifestando sintomas similares ao do transtorno de estresse pós-traumático (flashbacks, irritabilidade, mudança de humor, falta de concentração, entorpecimento) por um período mais prolongado (ANDERSON, 2018; BASTOS, 2015; DEKEL, 2017; ZAMBALDI, 2009).

Na literatura, os principais fatores relacionados à essa percepção negativa são: tipos de parto, cesárea de emergência, parto instrumentado, nível de intervenções médicas, maus-tratos pela equipe de saúde, sensação de ameaça real ou percebida à própria saúde ou à do bebê, violência sexual (ANDERSON, 2018; BASTOS, 2015; DE GRAAFF, 2018; DEKEL, 2017; MAHMOODI, 2016; NAKIĆ RADOŠ et al, 2018; ZAMBALDI, 2009).

Fatores de risco

Alguns elementos corroboram para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático pós-parto como: a imagem corporal durante o parto (devido ao desconforto com o próprio corpo despido, cena comum em muitas maternidades), o sentimento de insegurança ou perigo durante o trabalho de parto atual ou prévio, as expectativas do parto não correspondidas (quanto a duração e a dor), a falta de suporte durante o processo, e complicações pós-parto (POLACHEK, 2016; WEINREB, 2018)

Outros fatores citados na literatura incluem: medo intenso do parto, história obstétrica traumática, complicações com o recém-nascido, intervenções médicas indesejadas, não se sentir no controle, falta de comunicação entre a equipe e a paciente (ANDERSON, 2018; DE GRAAFF, 2018; DEKEL,2017; VIGNATO,2017; ZAMBALDI,2009)..

Não obstante, foi identificado que a falta de poder decisório ocasionou nas puérperas repercussões físicas e psicológicas semelhantes a de estarem sendo estupradas (ANDERSON, 2018; DE GRAAFF, 2018; DEKEL,2017; VIGNATO, 2017; ZAMBALDI,2009).

Fatores de risco para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós traumático pós-parto não relacionados ao parto são: gravidez não planejada, história de psicopatologia (depressão, traço ansioso), cuidado pré-natal limitado, falta de envolvimento do parceiro e evento traumático prévio (ANDERSON, 2018; DE GRAAFF, 2018; NAKIĆ RADOŠ et al, 2018). Traumas prévios parecem diminuir a capacidade de lidar com novas experiências traumáticas, devido a um efeito de sensibilização (DEKEL,2017).

De modo geral, as pacientes que vivenciaram os fatores de risco elencados acima apresentaram maiores pontuações na Escala de impacto de eventos (IES) (CHUNG, 2017; BECK, 2004; WEINREB, 2018).

De todos os fatores apresentados, nem todos exercem o mesmo nível de influência na fisiopatologia dos distúrbios psiquiátricos, portanto, podem ainda ser divididos de acordo com o grau de impacto: fatores de alto impacto (sintomas

depressivos pós-parto, complicações maternas e infantis), moderado impacto (interação com a equipe médica durante o parto, psicopatologia durante a gestação, história de transtorno psicológico) e baixo impacto (dor, história de trauma, estado civil) ou sem impacto significativo (escolaridade) (KHORAMROUDI, 2018; GREKIN & O'HARA, 2014).

Características gerais do transtorno de estresse pós-traumático pós-parto

Dar à luz é considerado um evento normativo na vida de uma mulher (NAKIĆ RADOŠ et al, 2018; SIMPSON, 2018). Contudo este é um acontecimento que contém riscos tanto para as mães quanto para os bebês. Segundo a OMS, em 2014 a taxa de mortalidade materna em regiões desenvolvidas foi de 16 mortes para cada 100.000 nascimentos (NAKIĆ RADOŠ et al, 2018).

O transtorno de estresse pós-traumático pós-parto pode ser definido dentro de um contexto de gravidez e parto. Esse conjunto de sinais e sintomas se manifesta a partir da exposição a um evento durante o ciclo gravídico que tenha implicado em ameaça a vida e/ou integridade física da mãe ou do recém-nascido, desencadeando resposta de intenso medo, horror ou ainda, sentimento de impotência (GREKIN et al, 2014; SIMPSON, 2018; VESEL, 2015).

Embora possa surgir imediatamente após o parto, sendo a manifestação de sintomas intensos no puerpério imediato um forte preditor de TEPT, em geral, a apresentação clínica desse transtorno pode demorar até 6 semanas até serem percebidas (NAKIĆ RADOŠ et al, 2018).

Embora o TEPT pós-parto represente 20-29% de todas as ocorrências de TETP durante a vida (CHUNG, 2017; GREKIN & O'HARA, 2014; ZAAT, 2018). A literatura identifica que a incidência associada ao parto é maior do que a associada a outros eventos traumáticos não relacionados à gestação, na população geral (VESEL, 2015).

Na literatura, a prevalência de TEPT varia de 1 a 30%, tendo média de 3.1% em população de baixo risco e de 15.7% em população de alto risco (DEKEL, 2017; KHORAMROUDI, 2018, VESEL, 2015; DIKMEN-YILDIZ, 2017) 10% das puérperas apresentam TEPT severa nas primeiras semanas do pós-parto (VESEL, 2015). Das

pacientes com diagnóstico de TEPT, mais de 72% das tem comorbidades associadas, tais como depressão. (DEKEL,2017).

Clinicamente as mães com TEPT estão deprimidas e/ou ansiosas, e não obstante, podem apresentar diversos critérios do DSM-V, como ataques de pânico, hipervigilância, flashbacks intrusivos, pesadelos aterrorizantes vívidos e que se repetem (e possivelmente amplificam o evento traumático). Podem ainda apresentar comportamentos evitativos ou de distanciamento (BECK, 2004; KHORAMROUDI, 2018; POLACHEK, 2016, SCHWAB, 2012). Cerca de 43% das puérperas apresentem o critério A do DSM-V para transtorno pós-traumático, e dessas, apenas 3.6% apresentam todos os critérios A, B e C (GREKIN & O'HARA, 2014).

Pode-se dividir as pacientes com transtorno de estresse pós-traumático em dois grupos: O primeiro, mães que identificam o ciclo gestacional como traumático pois vivenciaram eventos perturbadores durante a gestação (enjoo matinal, tratamentos para fertilidade, complicações gestacionais), durante o parto (partos prolongados, hemorragia, cesárea de emergência, episiotomia, parto instrumentado parto que ocorreu diferente do planejado, prolapso do cordão), ou no pós parto (recém-nascido prematuro ou que necessita de cuidados intensivos em UTI neonatal) (GREKIN & O'HARA, 2014; HENRIQUES, 2015; KHORAMROUDI, 2018; POLACHEK, 2016; SCHWAB, 2012; DIKMEN-YILDIZ, 2017).

O segundo, puérperas que vivenciaram eventos traumáticos não relacionadas a ciclo gestacional atual, como: experiência prévia, principalmente antes de 16 anos, de abuso, violência familiar e toques sexuais indesejados. Alguns estudos demonstraram uma correlação estatística significativa desses eventos com a ocorrência de critérios completos para o TEPT e aumento dos sintomas de reexperimentação pós-parto (BECK, 2004; SCHWAB, 2012).

Repercussões do transtorno de estresse pós-traumático pós-parto

As consequências gerais variam desde prejuízos pessoais como: autopercepção negativa (sentimento de baixa autoestima, perda da identidade feminina), problemas na vida sexual conjugal (atraso na retomada das relações sexuais), dificuldades na amamentação (ANGELINI 2018). Até interferências no futuro gestacional das mulheres:

muitas das mães se julgam incapazes e/ou inadequadas, podendo alterar o planejamento familiar, ou por não desejarem mais ter filhos ou por terem preferência por cesariana em próxima gestação (DEKEL,2017; DE GRAAFF, 2018; SIMPSON, 2018; ZAMBALDI,2009).

Além das repercussões no campo pessoal, as pacientes com diagnóstico de TEPT na gestação atual apresentam um risco mais elevado, comparado à população geral, de desenvolvimento de transtornos psiquiátricos em gestações subsequentes (DEKEL,2017; DE GRAAFF, 2018; SIMPSON, 2018; ZAMBALDI,2009).

Não obstante, de forma similar à mãe, os filhos de puérperas com TEPT são considerados tanto física quanto socialmente mais vulneráveis e tem maior risco de morte até um ano pós-parto do que os filhos de mães saudáveis (ANGELINI 2018). Uma vez que a saúde mental materna, por interferir na amamentação e na relação entre mãe e filho, repercute no peso do nascimento, no desenvolvimento cognitivo e da linguagem infantil (ANGELINI 2018).

Assim, haja visto que o TEPT pode interferir em diversos aspectos da vida das puérperas (social, físico, laboral) e de seus filhos, esse transtorno onera os custos médicos e leva a uma maior demanda dos serviços de saúde (ANGELINI 2018).

METODOLOGIA

Tipo de estudo:

O estudo individuado, observacional, quantitativo, transversal.

Amostra:

Inicialmente, o tamanho estimado da amostra havia sido de 139 participantes levando-se em consideração uma perda de 10%, um erro amostral de 5%, um nível de confiança de 95%, uma prevalência do TEPT de 9%, e a população do plano piloto.

Na maternidade do HRAN, durante o período da coleta de dados, foram realizados 202 partos, desses, apenas 142 foram de elegíveis para o estudo, segundo os critérios de inclusão e exclusão. Tendo participado da primeira etapa 142 pacientes e da segunda etapa, pelas ligações telefônicas, 125 participantes.

Critérios de inclusão:

- Puérperas da maternidade do HRAN que aceitaram participar do estudo

Critérios de Exclusão:

- Puérperas que não possuíam telefone para contato posterior

Revisão bibliográfica

A atualização bibliográfica deste trabalho foi realizada na base de dados EBSCOhost por meio do seguinte conjunto de descritores: (*“post traumatic stress disorder”* or *“ptsd”* or *“posttraumatic stress disorder”* or *“post-traumatic stress disorder”* or *“Stress Disorders, Posttraumatic”* or *“Stress Disorder, Posttraumatic”*) AND (*“traumatic birth”* or *“childbirth”* or *“postpartum”* or *“Period, Postpartum”* or *“Postpartum Women”* or *“Women, Postpartum”* or *“Puerperium”*).

Foram selecionados para leitura do resumo, artigos publicados nos últimos 5 anos, em inglês ou português, com títulos congruentes com o tema da pesquisa. Foram escolhidos para leitura integral aqueles considerados relevantes para o trabalho.

Além dos artigos obtidos através da EBSCOhost, foram inclusas algumas publicações, embora antigas, mas de grande relevância, tendo em vista o número de citações ou a importância do autor para a literatura médica.

Recrutamento e Coleta de Dados:

O presente estudo, envolveu o recrutamento de seres humanos e só foi iniciado após a aprovação do comitê de ética em pesquisa, por meio da Plataforma Brasil.

A realização do estudo se deu em duas etapas: a primeira, realizada no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) de trinta de novembro de 2018 a trinta de dezembro de 2018; a segunda, via ligação telefônica, de quinze de dezembro de 2018 a dez de fevereiro de 2019.

De 30.11.2018 a 30.12.2018 foram realizadas visitas em dias alternados à maternidade do HRAN com o objetivo de convidar puérperas a participar da pesquisa. Durante essas visitas, as pacientes foram informadas a respeito do transtorno de estresse pós-traumático pós-parto, e também, sobre a pesquisa intitulada “Desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático no Puerpério tardio a partir de fatores relacionados ao parto em um hospital público do Distrito Federal”, momento na qual tiveram várias dúvidas esclarecidas, tais como: riscos, benefício e como consistiria a participação.

A todas as pacientes interessadas foi entregue para leitura e preenchimento 2 vias (uma do pesquisador e uma da paciente) de do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE 2), nos casos de pacientes menores de idade (APÊNDICE 3), 3 vias (além das do pesquisador e da paciente, foi inclusa uma via para o responsável – APÊNDICE 4-).

Após o consentimento, foi realizada uma entrevista clínica estruturada (APÊNDICE 1) para melhor definição acerca das expectativas relacionados ao parto e a experiência deste evento para cada paciente.

A seguir foi realizada a análise do prontuário conforme o roteiro de coleta de dados do prontuário (ANEXO 2) com objetivo de identificar fatores de maior ou menor risco para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, muitas vezes não relatados/percebidos pelas puérperas.

40 a 42 dias após o parto foram realizadas ligações telefônicas, em horário comercial, para aplicação da escala de impacto do evento traduzida para o português - IES- (ANEXO 1). As pontuações obtidas pelas ligações foram calculadas simultaneamente a ligação, por meio do preenchimento de uma planilha no Excel (Elaborada previamente com todas as perguntas e programada para realizar o cálculo automático das pontuações).

As pacientes foram consideradas positivas, durante o rastreio pelo IES, quando obtiveram pontuações iguais ou superiores a 19. As pacientes positivas para o rastreamento, durante a própria ligação, foram orientadas a comparecer ao serviço de Psiquiatria do HRAN e encaminhadas a uma profissional específica, a qual tinha sido informada a respeito da pesquisa e tinha concordado em receber as pacientes.

As gestantes que não responderam às chamadas em até 3 tentativas, em horários distintos, foram dadas como perda de amostra.

Instrumental utilizado:

- Análise de prontuários foi feita a partir de um roteiro elaborado pelo Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), para análise na população brasileira, o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (ANEXO 2). Os dados do roteiro que não puderam ser preenchidos por falta de informação foram preenchidos como “sem informação” e os dados que não se aplicavam, como “não se aplica”.

- Escala de impacto de um evento - impact of event escale versão validada para o português- (ANEXO 1). Foi a ferramenta escolhida por ser o instrumento mais utilizados para a avaliação de estresse pós-traumático. É uma escala composta de 22 questões que abordam 3 grupos de sintomas (evitação, intrusão e hiperestimulação), compatível com os critérios do DSM. A pontuação para cada item varia de 0 a 4, o escore de cada área é obtido por meio das médias. O escore total é a soma dos escores das subáreas. Nessa pesquisa foi usado como ponto de corte, pontuações superiores à 19 que apresentaram os critérios do DSM V: pelo menos 1 sintoma de exposição (critério A), 1 sintoma intrusivo (critério B), 1 sintoma evitativo (critério C), 2 sintomas de alterações negativas na cognição e humor e 2 sintomas de alterações na reatividade e excitação. Esse questionário foi aplicado e avaliado em conjunto com a clínica da paciente para aumentar a fidedignidade dos resultados

- Entrevista clínica estruturada - APÊNDICE 1 - desenvolvida pelos pesquisadores com base na observação dos fatores de risco relacionados ao parto mais prevalentes na literatura. Esse instrumento teve como objetivo identificar características pessoais da puérpera (idade, escolaridade), expectativas em relação ao parto e a experiência com este evento. Foi aplicada pela própria pesquisadora e preenchida conforme a resposta das pacientes, permitindo-se a marcação de um ou mais itens no campo de fatores relacionados ao parto.

Análise Estatística:

Após a obtenção da entrevista clínica estruturada, do IES e das informações do prontuário foi realizada análises descritivas das variáveis quantitativas referente às 142 pacientes que participaram da pesquisa. Para cada uma das variáveis, foram apresentadas informações a respeito do tamanho amostral utilizado no cálculo, o valor mínimo, máximo, média, desvio-padrão e coeficiente de variação.

As premissas de todas as análises foram avaliadas.

Para comparar os valores da escala Impact of Event (IES) das pacientes em relação às variáveis: a paciente teve o parto que escolheu (sim ou não), a paciente teve alguma intercorrência durante a gestação (sim ou não), a paciente tem histórico psiquiátrico (sim ou não), foi utilizado o teste não-paramétrico para duas amostras independentes Mann-Whitney.

Foi realizada uma comparação da escala IES para as diferentes avaliações de parto (ruim, moderada e boa) utilizando o teste Kruskal-Wallis. A homocedasticidade de variâncias foi testada com o teste de Bartlett.

Como alternativa para evitar a aplicação de múltiplos testes para a mesma hipótese, foi ajustado um modelo linear generalizado da família Poisson para investigar os efeitos de um conjunto de variáveis explicativas na escala IES

Considerações éticas:

Esse estudo foi realizado conforme as diretrizes e normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com as Resoluções nº 196/1996 e nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Uniceub, Brasília, Distrito Federal CAE 01283018.3.0000.0023, pelo parecer 3.027.990/18, tendo sido homologado na 20ª Reunião Ordinária do CEP-UniCEUB do ano, em 09 de novembro de 2018. E foi desenvolvido de acordo com o protocolo avaliado e aprovado.

Devido ao risco de exposição dos dados entre os pesquisadores, as pacientes foram identificadas com códigos. Portanto, nessa pesquisa foi garantido o sigilo e a privacidade das participantes em todas as fases do estudo.

A pesquisa apresentou risco baixo à saúde das participantes, tendo em vista que o risco consistiu no incômodo gerado pela abordagem das pacientes

Os dados serão mantidos pelos pesquisadores até a publicação da pesquisa.

CRONOGRAMA

Identificação da Etapa	Início	Término
Submissão ao Núcleo de ensino e pesquisa do HRAN	04/10/2018	
Submissão à plataforma Brasil/CEP e possíveis ajustes necessários	15/10/2018	
Revisão bibliográfica	03/10/2018	01/06/2019
Coleta do consentimento para realização da pesquisa (TCLE)	30/11/2018	30/12/2018
Aplicação de Entrevista clínica estruturada na maternidade do HRAN	30/11/2018	30/12/2018
Análise de prontuários	30/11/2018	30/12/2018
Aplicação da escala de impacto dos eventos por telefone	15/12/2018	10/02/2019
Tabulação de dados	30/11/2019	10/02/2019
Análise estatística dos dados	21/06/2019	22/07/2019
Elaboração de relatório parcial	01/01/2019	17/02/2019
Elaboração de relatório final	23/04/2019	23/05/2019

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características da Amostra:

Na maternidade do HRAN, no período de 30.11.2018 a 30.12.2018 foram realizados 202 partos, sendo 101 vaginais, 97 cesárias, 3 partos em via pública e 1 parto domiciliar. Sendo que apenas 142 foram elegíveis para o estudo.

As informações descritivas das variáveis quantitativas que caracterizam as 142 pacientes que participaram da pesquisa estão compiladas na **Tabela 1**.

Para todas as variáveis analisadas, foram considerados apenas os dados em que o registro foi completo e classificados como não faltantes.

Tabela 1. Análises descritivas das variáveis quantitativas referente às 142 pacientes que participaram da pesquisa. Para cada uma das variáveis, são apresentadas informações sobre o tamanho amostral utilizado no cálculo (n), o valor mínimo (Mín.), máximo (Máx.), média, desvio-padrão (DP) e coeficiente de variação (CV).

Variável	Parâmetros descritivos					
	n	Min.	Máx.	Média	DP	CV (%)
Idade	142	14	42	28,01	6,95	24,80
Número de consultas do pré-natal	141	1	22	8,13	3,37	41,43
Número de gestações	142	1	9	2,55	1,69	66,30
Paridade	142	1	7	2,30	1,47	64,12
Número de partos vaginais	142	0	6	1,30	1,41	109,06
Número de cesárias	142	0	5	1,00	1,10	110,45
Número de abortos	142	0	3	0,26	0,58	222,42
Número de filhos	142	1	7	2,26	1,46	64,67
APGAR 1	141	2	9	7,79	1,09	13,97
APGAR 5	141	5	10	8,84	0,70	7,91
Peso do RN (g)	138	1130	4680	3205,00	572,96	17,88
IES	125	0	54	5,41	10,05	185,88

Análises descritivas:

Em relação à caracterização da amostra, a média de idade foi de 28 anos, sendo a maioria, menor de 35 anos (79,57%; n =113), dado compatível com a média encontrada na Turquia e no Brasil (DIKMEN-YILDIZ,2018; SILVA SILVEIRA, 2018), contudo, inferior à encontrada na Espanha (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019).

Das 142 pacientes, apenas uma não informou o nível de formação. Considerando apenas as que responderam, a maioria possuía ensino médio (58,16%; n = 82), seguido de ensino superior (23,40%; n = 33), ensino fundamental (16,31%; n = 23), pós-graduação (1,42%; n = 2) e apenas uma era analfabeta (0,71%). Os níveis educacionais encontrados foram inferiores aos encontrados na literatura, em países desenvolvidos, que de modo geral apresenta mais de 80% da população com nível superior, e apenas 36% apenas com nível médio (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019). Contudo, foram compatíveis com dados encontrados em outros estudos Brasileiros (SILVA SILVEIRA, 2018).

Um total de 140 pacientes apresentaram informações sobre a ocupação, sendo que a maioria declarou trabalhar fora (44,29%; n = 62), seguido das que declararam serem donas de casa (35,71%, n = 50), das que estão desempregadas (11,43%; n = 16) ou são estudantes (8,57%; n = 12). Dado em geral não muito abordado na literatura, mas quando citado, encontra que das pacientes que apresentam morbidade materna grave 80% não trabalham, enquanto das que não apresentam 68% não trabalham (SILVA SILVEIRA, 2018). No presente estudo, diferente da literatura, não foi encontrada relação entre a situação ocupacional e a pontuação do IES (SILVA SILVEIRA, 2018).

Questionadas se já tiveram algum trauma anteriormente, 21,13% das pacientes (n = 30) responderam que sim. As demais (78,87%; n = 112) responderam que não. Sendo encontrado na literatura que em geral 21.2% das pacientes apresentam evento traumático prévio (ANDERSON et al, 2018) enquanto 44% das pacientes com TEPT crônico apresentam (DIKMEN-YILDIZ,2018).

Quando questionadas se possuíam algum histórico psiquiátrico, 16,90% (n = 24) das gestantes responderam que sim e 83,10% (n = 118) responderam que não. Sendo encontrado que na literatura que 30% das mulheres em geral apresentam história de depressão, 7,1% das pacientes resilientes e 15,5% das pacientes com transtorno de

estresse pós-traumático 6 meses pós-parto referem problemas psicológicos anteriores ao parto (DIKMEN-YILDIZ,2018).

Em relação a existência de histórico patológico familiar, 41,55% (n = 59) das pacientes informaram possuir histórico patológico familiar, enquanto 58,45% (n = 83) disseram que não. Quando questionadas sobre a existência de algum histórico patológico pessoal, 17,61% (n = 25) das pacientes responderam que sim, enquanto 82,39% (n = 117) disseram que não. A maioria dos artigos aborda patologias desenvolvidas durante a gestação, não necessariamente numerando às prévias à gestação.

Ao serem questionadas sobre o parto desejado, apenas cinco pacientes não responderam. Das pacientes que responderam, 74,45% (n = 102) disseram preferir um parto normal, 24,82% (n = 34) preferiam cesárea e uma paciente (0,73%) afirmou não ter preferência. Ao questionar se as pacientes tiveram o parto desejado, observou-se que 53,52% (n = 76) das pacientes afirmaram ter tido o parto desejado e 46,48% (n = 66) responderam que não. O trabalho encontrou um valor superior ao encontrado na literatura, na qual, que em geral, apenas 18,9 a 20,6% das pacientes tem o parto desejado (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019).

Quando questionadas sobre uso de tabaco, drogas ilícitas e álcool, 84,51% (n = 120) das pacientes afirmaram não consumir nenhum dos três, 9,15% (n = 13) informaram ser fumantes, 2,82% (n = 4) fumam e consomem álcool, 2,11% (n = 3) consomem drogas ilícitas (crack ou maconha) e 1,41% (n = 2) afirmaram beber socialmente. Em estudos brasileiros 20,7% das pacientes fazia uso de bebida alcoólica e 4,55% eram tabagistas (SILVA SILVEIRA, 2018).

Quanto ao uso de medicações durante o trabalho de parto, em 51,41% (n = 73) foi utilizada analgesia de parto, em sua maioria raquianestesia (98,55%; n = 68). E em 40,85% (n = 58) dos casos houve indução do parto. Na literatura, em geral de 32,9 a 33,4 % dos partos são induzidos (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019).

Das pacientes, 48,59% (n = 69) tiveram alguma intercorrência durante a gestação. Na literatura, enquanto nas pacientes resilientes houve intercorrências em 31,4% das gestações, enquanto nas pacientes não resilientes (mais propensas a desenvolver transtorno de estresse pós-traumático) foi observada a presença de complicações em 34,9% (DIKMEN-YILDIZ,2018).

Das 142 pacientes, 78,17% (n = 111) entraram em trabalho de parto. Em relação ao tipo de parto ocorrido, para 47,89% (n = 68) das pacientes o parto foi vaginal, para 36,62% (n = 52) foi uma cesárea de emergência e para 15,49% (n = 22) foi uma cesárea eletiva. Na Espanha, de 73.3 a 75.5% dos partos são via vaginal (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019), na Turquia, 75%, dentre as pacientes de menor risco para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático e 57%, dentre as de maior risco (DIKMEN-YILDIZ,2018).

Durante o trabalho de parto ocorreu alguma intercorrência em 42,25% (n = 60) dos partos. Na literatura, em pacientes propensas ao desenvolvimento de TEPT, foram observadas complicações em 58,1% (DIKMEN-YILDIZ,2018).

Quando questionadas sobre os acompanhantes, 48,23% (n = 68) foram acompanhadas pelo parceiro, 36,17% (n = 51) por algum membro da família, 14,89% (n = 21) estavam sozinhas e uma pacientes (0,71%) estava com uma amiga. Apenas uma paciente não respondeu essa questão. Em geral, na literatura, 58,6% dos parceiros costumam estar presentes na hora do parto (ANDERSON, 2018).

A respeito da experiência com o parto, 28,17% (n = 40) das pacientes afirmaram que a experiência foi muito ruim, 28,87% (n = 41) afirmaram que a experiência foi ruim, 23,94% (n = 34) afirmaram que a experiência foi moderada, 15,49% (n = 22) afirmaram que a experiência foi boa e 3,52% (n = 5) afirmaram que a experiência foi muito boa.

Das 142 pacientes, apenas 1 não realizou o pré-natal, sendo que a maioria (75,35%; n=107) realizou o pré-natal completo (6 consultas), segundo o preconizado pelo ministério da saúde. Em média, as mães compareceram à 8 consultas de pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Quanto à maturidade do feto, observou-se que 90,14% (n = 128) dos recém-nascidos nasceram a termo, também comparável com o encontrado na literatura em populações de maior risco, de 86% (DIKMEN-YILDIZ,2018).

45,07% (n = 64) das pacientes reportaram contato pele a pele com o recém-nascido. Valor inferior ao encontrado em países desenvolvidos, no qual 64.5% das puérperas tem esse momento com seus filhos (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019). Em relação ao recém-nascido, segundo as pacientes, apenas 5,63% (n = 8) precisou de reanimação. Dado compatível com o encontrado em mulheres de alto risco para TEPT,

de 5.8% (DIKMEN-YILDIZ,2018). E em 41,55% (n = 59) das gestações, foi reportada alguma intercorrência com o recém-nascido. Apenas 14,08% (n = 20) dos recém-nascido precisaram permanecer em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN). Na literatura o mesmo ocorreu em 9,1% dos casos (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019).

Dois recém-nascidos (1,41%) nasceram com alguma anomalia congênita, fato não reportado para 98,59% (n = 140) dos recém-nascidos. Nenhum recém-nascido veio à óbito.

Associação entre análises categóricas:

Ao contrário do que era esperado pela literatura, na qual idade superior a 35 anos é um fator protetor, não houve associação estatística significativa entre a idade materna e a pontuação na IES, (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019).

Foi observada uma diferença significativa na escala IES em relação a avaliação do parto realizada pelas pacientes (Kruskal-Wallis; $H = 31,50$; $GL = 2$; $P < 0,001$), percebeu-se que pacientes que consideraram o parto ruim ($7,970 \pm 12,04$), tiveram um valor na escala IES maior do que quem considerou o parto bom ($1,84 \pm 3,97$; média \pm DP) ou moderado ($2,00 \pm 5,25$ média \pm DP; post-hoc para ambos $P < 0,05$; Fig. 1). Tal achado foi compatível com o esperado segundo a literatura, pois acredita-se que pacientes que apresentam cognições negativas são mais vulneráveis ao desenvolvimento de TEPT (CHUNG, 2017).

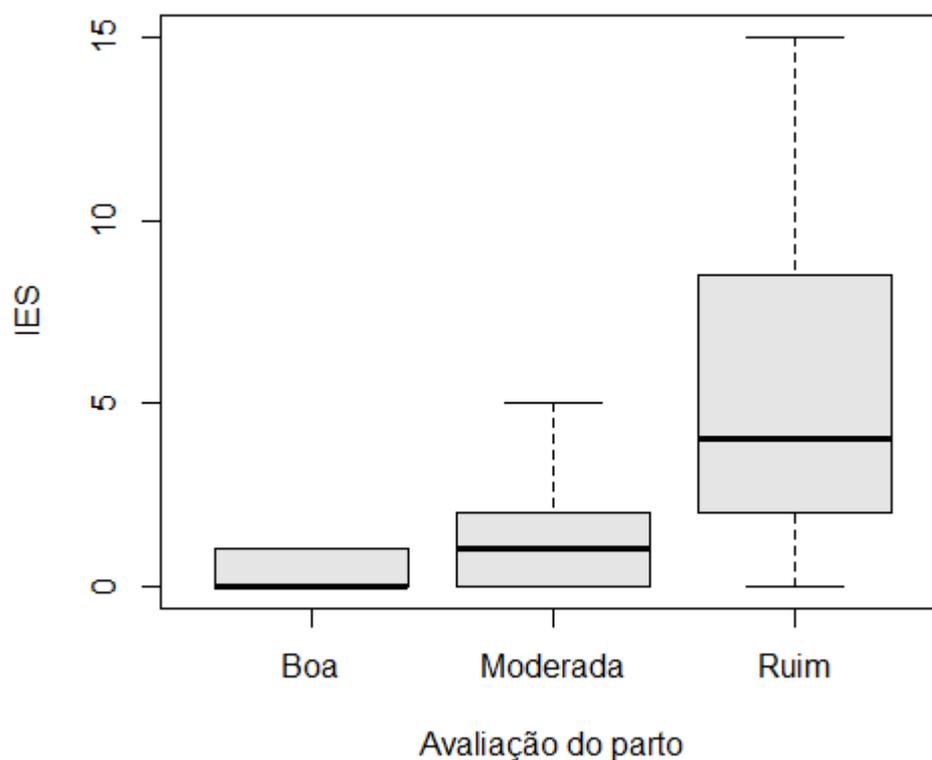


Figura 1 – Comparação dos valores de Impact of Event Scale (IES) segundo a avaliação do parto realizada pelas pacientes. A linha horizontal que cruza a caixa representa a mediana.

Nesse viés, ao analisar fatores relacionados à percepção das pacientes em relação ao parto, observou-se que alguns fatores influenciaram negativamente a avaliação das gestantes, tais como a indução do parto ($p = 0,023$), parto vaginal ($p = 0,021$) e cesárea de emergência ($p = 0,021$). O que foi compatível ao encontrado na literatura na qual o parto cesáreo apresenta um odds ratio de 6.03 variando de 4.49 a 8.11 na Espanha (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019) e 5.65, variando de 1.11 a 28.69 na Turquia (DIKMEN-YILDIZ,2018).

O parto induzido influenciou negativamente o surgimento de desfechos psiquiátricos desfavoráveis (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019).

Tabela 2 – Tabela de contingência entre a avaliação do parto e se se o parto foi induzido. A dependência entre as variáveis foi analisada com um qui-quadrado de independência.

Avaliação do parto	Parto induzido		χ^2	GL	P
	Sim	Não			
Ruim	41	40	7,51	2	0,023

Moderada	9	25
Boa	8	19

χ^2 = estatística do teste qui-quadrado; GL = grau de liberdade, p = nível de significância

Tabela 3 – Tabela de contingência entre a avaliação do parto e o parto ocorrido. A dependência entre as variáveis foi analisada com um qui-quadrado de independência.

Avaliação do parto	Parto ocorrido			χ^2	GL	P
	Cesárea de emergência	Cesárea eletiva	Vaginal			
Ruim	31	6	44			
Moderada	10	8	16	11,57	2	0,021
Boa	11	8	8			

χ^2 = estatística do teste qui-quadrado; GL = grau de liberdade, p = nível de significância

Algumas variáveis foram analisadas pelo modelo linear generalizado da família de Poisson para identificar o impacto exercido por essas variáveis na IES. A partir disso identificou-se que assim como já percebido anteriormente, avaliações negativas do parto são um fator de risco para pontuações mais elevadas na escala, com $p = 0,001$. Não obstante, a partir de análises desse modelo, se identificou que a ter o parto desejado foi um fator protetor. Achado congruente com o encontrado na literatura (HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ et al, 2019).

Tabela 2 – Modelo linear generalizado da família Poisson para investigar os efeitos de variáveis explicativas na Impact of Event Scale (IES). (B)

Variável explicativa	B	SE	Z	P
Histórico patológico pessoal (sim)	0,19	0,10	1,87	0,060
Experiência com parto (moderada)	-1,40	0,14	-10,00	< 0,001
Experiência com parto (boa)	-1,48	0,15	-9,67	< 0,001
Teve parto desejado (sim)	-0,27	0,07	-3,49	< 0,001
Intercorrências na gestação (sim)	-0,11	0,08	-1,48	0,137

B = Beta; SE = erro padrão de beta; Z = estatística do teste, p = nível de significância

Em relação a possíveis efeitos associados ao histórico psiquiátrico das pacientes, comparou-se a escala IES entre as pacientes que possuem histórico psiquiátrico com as que não possuem. Não foi observada diferença significativa entre os grupos (Mann-Whitney; $W = 10225$; $P = 0,920$; Fig. 4). As pacientes que reportaram ter histórico psiquiátrico apresentaram uma média de $3,21 \pm 3,41$ (média \pm DP), enquanto as que não reportaram histórico psiquiátrico alcançaram uma média de $5,80 \pm 10,78$ (média \pm DP). Contudo, a literatura aponta que há uma forte correlação entre história psiquiátrica anterior com o desenvolvimento de TEPT no pós-parto (ANDERSON, 2018; DIKMEN-YILDIZ, 2018).

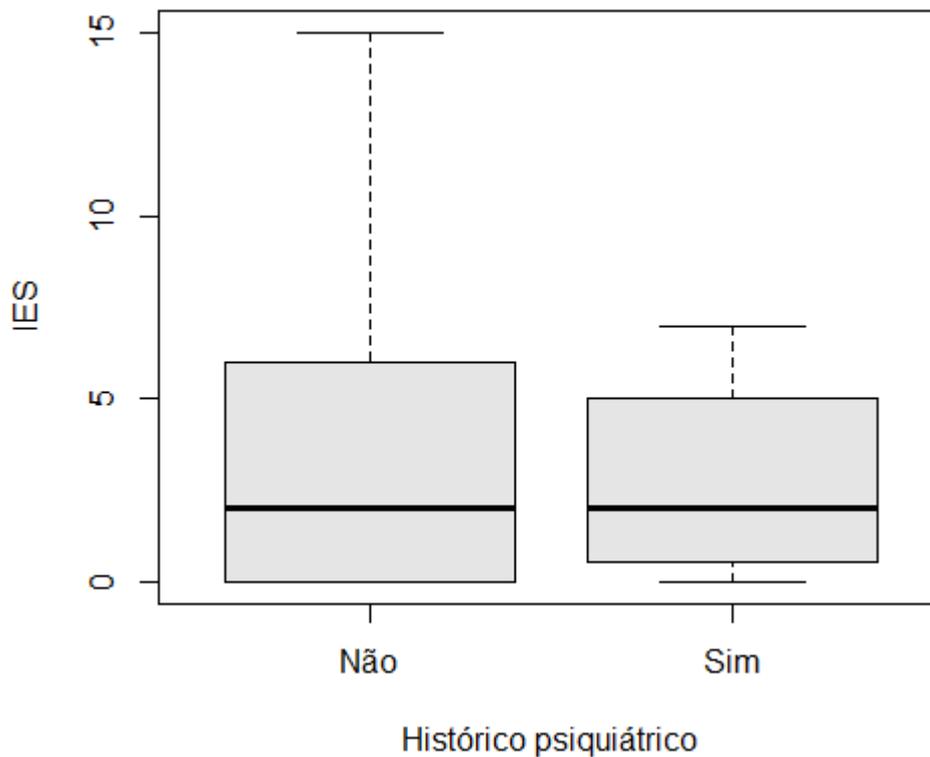


Figura 4 – Comparação dos valores de Impact of Event Scale (IES) segundo o fato da paciente ter reportado histórico psiquiátrico. A linha horizontal que cruza a caixa representa a mediana.

Em relação a possíveis efeitos de um trauma anterior na avaliação do impacto do parto nas pacientes, comparou-se a escala IES entre as pacientes que tiveram algum trauma anterior com as que não tiveram. Não foi observada diferença significativa entre os grupos (Mann-Whitney; $W = 1201,5$; $P = 0,349$; Fig. 7). As pacientes que reportaram algum trauma anterior apresentaram uma média de $4,79 \pm 5,31$ (média \pm DP), enquanto as que não reportaram trauma anterior alcançaram uma

média de $5,59 \pm 11,07$ (média \pm DP). Tal dado não é compatível com o esperado segundo o DSM-V, que cita que o trauma prévio é um importante fator de risco para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (American Psychiatry Association et al, 2014)

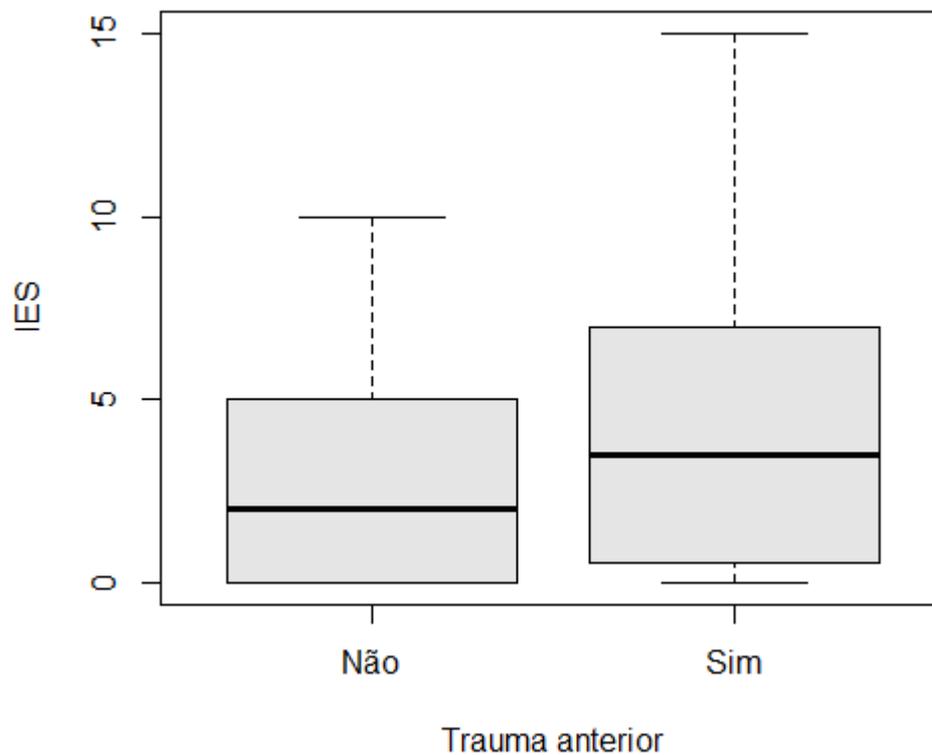


Figura 5 – Comparação dos valores de Impact of Event Scale (IES) segundo o fato da paciente ter reportado algum trauma anterior. A linha horizontal que cruza a caixa representa a mediana.

CONCLUSÃO

Nesse estudo, a maioria das pacientes eram mulheres jovens, com menos de 35 anos, trabalhavam fora, tinham nível médio de estudo, realizaram pré-natal completo, tiveram parto cesárea, avaliaram negativamente, principalmente o parto vaginal, e foram acompanhadas por seus parceiros na hora do parto.

Identificou-se uma prevalência de transtorno de estresse pós-traumático de 6,33%, compatível com o valor encontrado na literatura em populações de baixo risco.

O presente estudo pode identificar que pacientes que apresentaram avaliações negativas do parto no puerpério imediato e mediato podem ser consideradas com um grupo de maior risco para o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, quando comparadas às mulheres que avaliaram de forma positiva o nascimento de um filho. Tendo o primeiro grupo apresentado pontuações superiores na IES.

Alguns fatores foram associados à piores avaliações, tais como: indução do parto, parto vaginal, cesárea de emergência e passar pelo trabalho de parto

Ter o tipo de parto desejado foi identificado como fator protetor para a saúde mental materna. Pacientes que não tiveram esse planejamento de parto respeitado também apresentaram maiores pontuações no IES comparativamente às que tiveram o parto desejado.

As demais variáveis estudadas não apresentaram associação estatística relevante.

Apesar de o presente trabalho permitir inferir alguns grupos de maior risco, são necessários estudos com maior grau de evidência para definir tais riscos, com o intuito de desenvolver ações preventivas de maior impacto na prevenção do desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático.

REFERÊNCIAS

1. American Psychiatry Association et al. DSM-3: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 1980.
2. American Psychiatry Association et al. DSM-4: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2013.
3. American Psychiatry Association et al. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora, 2014.
4. ANDERSON, Cheryl A.; CONNOLLY, John P. A Model to Predict Birth Stress in Adolescents Within 72 Hours of Childbirth. *Advances in Nursing Science*, v. 41, n. 3, p. 216-229, 2018.
5. ANGELINI, Carina R. et al. Post-Traumatic Stress Disorder and severe maternal morbidity: is there an association?. *Clinics*, v. 73, 2018.,
6. AYERS, Susan; MCKENZIE-MCHARG, Kirstie; SLADE, Pauline. Post-traumatic stress disorder after birth. 2015.
7. BAILEY, Christopher R. et al. Recent progress in understanding the pathophysiology of post-traumatic stress disorder. *CNS drugs*, v. 27, n. 3, p. 221-232, 2013.
8. BASTOS, Maria Helena et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane database of systematic reviews*, n. 4, 2015.
9. BECK, Cheryl Tatano. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nursing research*, v. 53, n. 4, p. 216-224, 2004.
10. BREWIN, Chris R.; DALGLEISH, Tim; JOSEPH, Stephen. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological review*, v. 103, n. 4, p. 670, 1996.
11. CAIUBY, Andrea Vannini Santesso et al. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R). *Cadernos de Saúde Pública*, 2012
12. CHUNG, Man Cheung; REED, Jacqueline. Posttraumatic stress disorder following stillbirth: Trauma characteristics, locus of control, posttraumatic cognitions. *Psychiatric Quarterly*, v. 88, n. 2, p. 307-321, 2017.

13. COOK, Natalie; AYERS, Susan; HORSCH, Antje. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of affective disorders*, v. 225, p. 18-31, 2018.
14. DE GRAAFF, Lisanne F. et al. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, v. 97, n. 6, p. 648-656, 2018.
15. DEKEL, Sharon; STUEBE, Caren; DISHY, Gabriella. Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in psychology*, v. 8, p. 560, 2017.
16. DIKMEN-YILDIZ, Pelin; AYERS, Susan; PHILLIPS, Louise. Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *Journal of affective disorders*, v. 229, p. 377-385, 2018.
17. DIKMEN-YILDIZ, Pelin; AYERS, Susan; PHILLIPS, Louise. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, v. 208, p. 634-645, 2017.
18. GREKIN, Rebecca; O'HARA, Michael W. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, v. 34, n. 5, p. 389-401, 2014.
19. HENRIQUES, Tatiana et al. Postpartum posttraumatic stress disorder in a fetal high-risk maternity hospital in the city of. *Cad. Saúde Pública*, v. 31, n. 12, p. 1-11, 2015.
20. HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, Antonio et al. Perinatal factors related to post-traumatic stress disorder symptoms 1–5 years following birth. *Women and Birth*, 2019
21. HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, Antonio et al. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *Journal of affective disorders*, v. 249, p. 143-150, 2019.
22. HOWARD, Louise M. et al. Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, v. 384, n. 9956, p. 1775-1788, 2014.
23. KELMENDI, Benjamin et al. PTSD: from neurobiology to pharmacological treatments. *European journal of psychotraumatology*, v. 7, n. 1, p. 31858, 2016.

24. KHORAMROUDI, Rozita. The prevalence of posttraumatic stress disorder during pregnancy and postpartum period. *Journal of family medicine and primary care*, v. 7, n. 1, p. 220, 2018.
25. MAHMOODI, Z. et al. Correlation between kind of delivery and posttraumatic stress disorder. *Annals of medical and health sciences research*, v. 6, n. 6, p. 356-361, 2016.
26. MELVILLE JL, Gavin A, Guo Y, et al: Depressive disorders during pregnancy. *Obstet Gynecol* 116:1064, 2010 *Mental Health America: Depression in women*. 2013a. Available at: <http://mentalhealthamerica.net/index.cfm?objectid=C7DF952E-1372-4D20-C8A3DDCD5459D07B>. Accessed december 12, 2017
27. MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa et al. Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Revista de saude publica*, v. 52, p. 1, 2018
28. MORAES G. et al. Screening and diagnosing postpartum depression: when and how? *Trends Psychiatry Psychother*, v.39, n.1, p.54-61, 2017
29. NAKIĆ RADOŠ, Sandra et al. Coping Styles Associated with Post-Traumatic Stress and Depression Symptoms Following Childbirth in Croatian Women. *Psihologijske teme*, v. 27, n. 3, p. 543-559, 2018.
30. POLACHEK, Inbal Shlomi et al. A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of women's mental health*, v. 19, n. 3, p. 483-490, 2016.
31. ROMERO R, Badr MS: A role for sleep disorders in pregnancy complications: challenges and opportunities. *Am J Obstet Gynecol* 210:3, 2014
32. RONZONI, Giacomo et al. Enhanced noradrenergic activity in the amygdala contributes to hyperarousal in an animal model of PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, v. 70, p. 1-9, 2016.
33. SCHWAB, W.; MARTH, C.; BERGANT, A. M. Post-traumatic stress disorder post partum: the impact of birth on the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, v. 72, n. 1, p. 56, 2012.

34. SHALEV, Arie; LIBERZON, Israel; MARMAR, Charles. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, v. 376, n. 25, p. 2459-2469, 2017.
35. SILVA SILVEIRA, Mônica et al. Morbidade Materna Grave: estresse pós-traumático e suporte social. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 71, 2018.
36. SILVERSTEIN, R. Gina et al. Postpartum psychological distress after emergency team response during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, p. 1-7, 2018.
37. SIMPSON, Madeleine et al. Postnatal post-traumatic stress: An integrative review. *Women and Birth*, 2018.
38. STEINBERG JR, McCulloch CE, Adler NE: Abortion and mental health: findings from the National Comorbidity Survey Replication. *Obstet Gynecol* 123:263, 2014
39. VESEL, Jane; NICKASCH, Bonnie. An evidence review and model for prevention and treatment of postpartum posttraumatic stress disorder. *Nursing for women's health*, v. 19, n. 6, p. 504-525, 2015.
40. VIGNATO, Julie et al. Post-traumatic stress disorder in the perinatal period: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, v. 26, n. 23-24, p. 3859-3868, 2017.
41. WANG, Sheng-Chiang et al. Effects of Oxytocin on Fear Memory and Neuroinflammation in a Rodent Model of Posttraumatic Stress Disorder. *International journal of molecular sciences*, v. 19, n. 12, p. 3848, 2018.
42. WEINREB, Linda; WENZ-GROSS, Melodie; UPSHUR, Carole. Postpartum outcomes of a pilot prenatal care-based psychosocial intervention for PTSD during pregnancy. *Archives of women's mental health*, v. 21, n. 3, p. 299-312, 2018.
43. YONKERS, Kimberly Ann; VIGOD, Simone; ROSS, Lori E. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Focus*, v. 10, n. 1, p. 51-66, 2012.
44. ZAAT, Tjitske R. et al. Posttraumatic stress disorder related to postpartum hemorrhage: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 2018.

45. ZAMBALDI, Carla Fonseca; CANTILINO, Amaury; SOUGEY, Everton Botelho. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. J Bras Psiquiatr, v. 58, n. 4, p. 252-7, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ENTREVISTA ESTRUTURADA

Características pessoais:

Idade <20 (), 20-35 (), >35 ();

Nível educacional: <12 anos () >12 anos ();

Emprego: dona de casa (), empregada (), desempregada ()

Consultas pré-natal: não realizou (), <6 (), 6-9 (), >9 ()

Trauma anterior: sim (), não (); Transtorno psiquiátrico prévio anterior sim (), não ()

Experiência com dores do parto: Muito ruim(), Ruim(), Moderada(), Boa(), Muito boa()

Parto desejado:

Normal (), cesárea ()

Tipo de parto ocorrido:

Normal sem outras especificações(); Normal induzido com ocitocina (); Normal instrumentado(); Normal com episiotomia (); Normal com laceração (); cesárea de emergência (), cesárea eletiva ()

Fatores relacionados ao parto em si:

Parto termo (); Parto pré-termo (); Complicações com o bebê(), morte fetal ().

Complicações com a mãe(); hemorragia pós parto (); laceração (); Remoção manual da placenta (), procedimentos inesperados (); falta de informação (); falta de apoio ();

Apoio da equipe médica (); apoio de familiares (); apoio do parceiro

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Pesquisador responsável: Dr. Régis Eric Maia Barros

Pesquisadora assistente: Stephane Mota Lourenço

A Senhora/senhorita _____
consente em participar da pesquisa *“DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NO PUERPÉRIO TARDIO A PARTIR DE FATORES RELACIONADOS AO PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL”*.

O objetivo deste estudo é entender melhor a relação entre o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático com fatores relacionados ao parto. Os resultados contribuirão para ajudar a planejar ações de promoção e prevenção de saúde, a partir da identificação precoce de fatores de risco. O estudo desse tema é fundamental por ser algo comum que pode trazer diversas complicações para as mães e seus bebês. Os resultados contribuirão para no ajudar a entender melhor os riscos relacionados ao pós-parto e nos permitir, futuramente, ajudar outras mulheres a enfrentar as situações que você enfrentou durante esse período.

São esperados os seguintes benefícios para você:

Você terá acesso a um acompanhamento mais humanizado no seu período pós-parto, tendo alguém para relatar qualquer tristeza ou dificuldade que estiver passando. Se você sentir algo e precisar, poderemos te encaminhar para serviços especializados que te ajudarão a passar por essa nova fase de adaptação pós-parto.

Não haverá gastos decorrentes de sua participação. A sua participação será através de 1 questionário, 1 entrevista e análise do seu prontuário. A entrevista ocorrerá enquanto você ainda estiver internada na maternidade do HRAN após o parto, enquanto o questionário será realizado 42 dias após o dia do seu parto, durante uma ligação inteiramente gratuita. Não existe obrigatoriamente ou um tempo pré-determinado para responder o questionário. Será respeitado o seu tempo para respondê-lo. Informamos que você poderá se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa, não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der.

A pesquisa apresenta baixo risco à sua saúde, considera-se o incômodo e constrangimento que você possa ter por estar sendo abordada pelos pesquisadores, além disso, há risco de exposição dos seus dados apenas entre os pesquisadores. Para minimizar esses riscos, as suas informações serão mantidas em sigilo, e após o último contato (através da aplicação da escala de impacto dos eventos por telefone) serão renomeados no nosso banco de dados, para serem guardados por meio de um número

Caso aconteça algo errado, ou você tenha qualquer dúvida, você pode nos procurar pelo telefone: (61) 8182-4597 do pesquisador responsável Régis Eric Maia Barros, ou pelo telefone da pesquisadora assistente: Stephane Mota Loureço (61) 992956551. Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS através do telefone (61) 3325-4940 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

Desde já, agradecemos a atenção e a da participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas por você e pela pesquisadora e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com a você e uma com a pesquisadora.

Eu, _____ portadora do RG nº _____, confirmo que fui esclarecida sobre os objetivos, procedimentos e benefícios do presente estudo, bem como, a forma de participação. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir. Fui informada que posso solicitar novas informações a qualquer momento.

Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento como voluntária desta pesquisa.

Brasília, _____ de _____ de _____

Participante, nome/assinatura

Pesquisador responsável Dr. Régis Eric Maia Barros (61) 8182-4597

Pesquisadora assistente Stephane Mota Lourenço (61) 992956551

TCLE DO RESPONSÁVEL

Pesquisador responsável: Dr. Régis Eric Maia Barros

Pesquisadora assistente: Stephane Mota Lourenço

Este é um convite especial para _____
_____, participar voluntariamente do projeto de pesquisa *“desenvolvimento do Transtorno De Estresse Pós-Traumático no puerpério tardio a partir de fatores relacionados ao parto em um hospital público do Distrito Federal”*

OBJETIVO E BENEFÍCIOS DO ESTUDO

O objetivo é entender a correlação entre fatores relacionados ao parto com o Transtorno de estresse pós-traumático no pós-parto. Os resultados contribuirão para no ajudar a entender melhor os riscos relacionados ao pós-parto e nos permitir, futuramente, ajudar outras mulheres a enfrentar as situações que ela enfrentou durante esse período.

A participante terá acesso a um acompanhamento mais humanizado em seu período pós-parto, tendo alguém para relatar qualquer tristeza ou dificuldade que ela estiver passando.

Se ela sentir algo e precisar, poderemos encaminhá-la para serviços especializados que a ajudarão a passar por essa nova fase de adaptação pós-parto.

PROCEDIMENTOS

A participação da menor será através de 1 questionário,1 entrevista e análise do prontuário. A entrevista ocorrerá enquanto ela ainda estiver internada na maternidade do HRAN após o parto, enquanto o questionário será realizado 42 dias após o dia do parto dela, durante uma ligação inteiramente gratuita. Não existe obrigatoriamente ou um tempo pré-determinado para responder o questionário. Será respeitado o tempo dela para respondê-lo.

A pesquisa apresenta baixo risco à sua saúde, considera-se o incômodo e constrangimento que a menor possa ter por estar sendo abordada pelos

pesquisadores, além disso, há risco de exposição dos dados da paciente apenas entre os pesquisadores. Para minimizar esses riscos, as informações dela serão mantidas em sigilo, e após o último contato (através da aplicação da escala de impacto dos eventos por telefone) serão renomeados no nosso banco de dados, para serem guardados por meio de um número

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A participação de sua filha neste estudo é voluntária e ela terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo para ela.

GARANTIA DE SIGILO E PRIVACIDADE

As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. O pesquisador garante que o nome dela não será divulgado sob hipótese alguma.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS através do telefone (61) 3325-4940 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Caso aconteça algo errado, ou você tenha qualquer dúvida, você pode nos procurar pelo telefone: (61) 8182-4597 do pesquisador responsável Régis Eric Maia Barros, ou pelo telefone da pesquisadora assistente: Stephane Mota Loureço (61) 99295655.

Você e sua filha podem fazer todas as perguntas que julgarem necessárias durante e após o estudo.

Diante do exposto acima eu _____, portador(a)

do RG: _____, declaro que fui esclarecido sobre os objetivos, procedimentos e benefícios do presente estudo. Declaro que li e compreendi, portanto eu autorizo a participação livre e espontânea de minha filha _____, para o estudo em questão.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o responsável legal pelo participante da pesquisa.

Brasília, ____ de ____ de _____

Pesquisador responsável Dr. Régis Eric Maia Barros (61) 8182-4597

Pesquisadora assistente Stephane Mota Lourenço (61) 992956551

Nome/assinatura do Responsável

TERMO DE ASSENTIMENTO

Pesquisador responsável: Dr. Régis Eric Maia Barros

Pesquisadora assistente: Stephane Mota Lourenço

Você está sendo convidada para participar da pesquisa *“DESENVOLVIMENTO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO NO PUERPÉRIO TARDIO A PARTIR DE FATORES RELACIONADOS AO PARTO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL”*.

OBJETIVO E BENEFÍCIOS DO ESTUDO

O objetivo é entender a correlação entre fatores relacionados ao parto com o Transtorno de estresse pós-traumático no pós-parto. Os resultados contribuirão para no ajudar a entender melhor os riscos relacionados ao pós-parto e nos permitir, futuramente, ajudar outras mulheres a enfrentar as situações que ela enfrentou durante esse período.

Você terá acesso a um acompanhamento mais humanizado em seu período pós-parto, tendo alguém para relatar qualquer tristeza ou dificuldade que você estiver passando.

Se você sentir algo e precisar, poderemos encaminhá-la para serviços especializados que a ajudarão a passar por essa nova fase de adaptação pós-parto.

PROCEDIMENTOS

A sua participação será através de 1 questionário,1 entrevista e análise do prontuário. A entrevista ocorrerá enquanto você ainda estiver internada na maternidade do HRAN após o parto, enquanto o questionário será realizado 42 dias após o dia do seu parto, durante uma ligação inteiramente gratuita. Não existe obrigatoriamente ou um tempo pré-determinado para você responder o questionário. Será respeitado o seu tempo. Essa pesquisa não te trará custos.

A pesquisa apresenta baixo risco à sua saúde, considera-se o incômodo e constrangimento que você possa ter por estar sendo abordada pelos pesquisadores, além disso, há risco de exposição dos seus dados apenas entre os pesquisadores. Para minimizar esses riscos, as suas informações serão mantidas em sigilo, e após o último

contato (através da aplicação da escala de impacto dos eventos por telefone) serão renomeados no nosso banco de dados, para serem guardados por meio de um número

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e você terá plena e total liberdade para desistir do estudo a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo.

GARANTIA DE SIGILO E PRIVACIDADE

As informações relacionadas ao estudo são confidenciais e qualquer informação divulgada em relatório ou publicação será feita sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida. Nós garantimos que o seu nome não será divulgado sob hipótese alguma.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/Uniceub, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS através do telefone (61) 3325-4940 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS

Caso aconteça algo errado, ou você tenha qualquer dúvida, você pode nos procurar pelo telefone: (61) 8182-4597 do pesquisador responsável Régis Eric Maia Barros, ou pelo telefone da pesquisadora assistente: Stephane Mota Loureço (61) 992956551.

Você pode fazer todas as perguntas que julgar necessárias durante e após o estudo.

Diante do exposto acima eu
_____ aceito
participar da pesquisa *“Desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático no puerpério tardio a partir de fatores relacionados ao parto em um hospital público do Distrito Federal”*, que tem objetivo compreender fatores relacionados ao parto que influenciem no desenvolvimento de transtornos de estresse pós-traumático. Entendi

os benefícios e as coisas ruins que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir. Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Fui informada que posso solicitar novas informações a qualquer momento.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste Documento DE ASSENTIMENTO INFORMADO.

Brasília, ____ / ____ / ____

Nome/Assinatura do menor

Pesquisador responsável Dr. Régis Eric Maia Barros (61) 8182-4597

Pesquisadora assistente Stephane Mota Lourenço (61) 992956551

ANEXOS

ANEXOS 1

ESCALA DO IMPACTO DO EVENTO TRADUZIDA PARA A LÍNGUA PORTUGUESA.

	Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Qualquer lembrança trazia de volta sentimentos sobre a situação					
2. Eu tinha problemas em manter o sono					
3. Outros acontecimentos faziam com que eu ficasse pensando sobre a situação					
4. Eu me sentia irritável e bravo					
5. Eu evitava ficar chateado quando pensava sobre a situação ou era lembrado dela					
6. Eu pensava sobre a situação mesmo quando não tinha intenção de pensar					
7. Eu sentia como se não tivesse passado pela situação ou como se não fosse real					
8. Eu me mantive longe de coisas que pudessem relembrar a situação					
9. Imagens sobre a situação saltavam em minha mente					
10. Eu ficava sobressaltado e facilmente alarmado					
11. Eu tentei não pensar sobre a situação					
12. Eu sabia que ainda tinha muitas emoções ligadas à situação, mas as evitei					
13. Meus sentimentos sobre a situação estavam como que entorpecidos					

14.	Eu me peguei agindo ou me sentindo como se estivesse de volta à situação					
15.	Eu tive problemas para dormir					
16.	Eu tive ondas de fortes emoções relativas à situação					
17.	Eu tentei retirar a situação da minha memória					
18.	Eu tive problemas de concentração					
19.	Lembranças da situação faziam com que eu tivesse reações físicas, como suores, problemas para respirar, náuseas ou coração disparado					
20.	Eu tive sonhos sobre a situação					
21.	Eu me sentia atento ou na defensiva					
22.	Eu tentei não falar sobre a situação					

*CAIUBY, Andrea Vannini Santesso et al. Adaptação transcultural da versão brasileira da Escala do Impacto do Evento-Revisada (IES-R). **Cadernos de Saúde Pública**, 2012*

ANEXOS 2

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DO PRONTUÁRIO

1. Dados Gerais da coleta de dados
1. Data da coleta de dados
2. Horário de início da coleta de dados :
3. Nome da mãe:
4. Nº do prontuário da mãe: _____.
5. Tipo de gestação: 1. Única 2. Gemelar (dois) 3. Gemelar (três) 4. Gemelar (quatro)
6. 1º Recém-nascido: 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal
7. 2º Recém-nascido: 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal
8. 3º. Recém-nascido: 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal
9. 4º. Recém-nascido: 1. Vivo 2. Natimorto 3. Óbito Neonatal
2. Dados da Internação
10. Data da internação:
11. Hora da internação:
12. Setor para onde foi encaminhada no momento da admissão/internação:
1. Enfermaria/quarto
2. Pré-parto
3. PPP
4. Sala de parto
5. Centro cirúrgico obstétrico
6. UTI.
7. Sem informação
13. Tipo de saída do hospital onde foi realizado o parto:
1. Alta
2. Transferida no pós-parto (vá para questão 15)
3. Saída à revelia
4. Óbito
5. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para 17)

14. Data da saída do hospital onde foi realizado o parto: (Se alta ou saída à revelia, vá para a questão 17 e se óbito, vá para a 16)
15. Hospital para onde foi transferida após o parto (nome, cidade e estado)
15.1 Motivo da transferência:
15.2 Tipo de saída do hospital para onde foi transferida:
1. Alta
2. Saída à revelia
3. Óbito (vá para questão 16)
4. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para 17)
15.3 Data da saída do hospital para onde foi transferida //
16. Número da Declaração de Óbito:
3. Antecedentes clínico-obstétricos
17. Número de gestações anteriores: (se primeira gestação, preencha com 00 e vá para questão 21)
18. Número de abortos anteriores:
19. Número total de partos anteriores (se 00, vá para questão 21)
20. Destes quantos foram cesáreas:
21. Antecedentes pessoais de risco:
22. Doença cardíaca 0. Não 1. Sim
23. Hipertensão arterial com tratamento continuado 0. Não 1. Sim
24. Anemia grave ou outra hemoglobinopatia 0. Não 1. Sim
25. Asma 0. Não 1. Sim
26. Lúpus ou esclerodermia 0. Não 1. Sim
27. Hipertireoidismo 0. Não 1. Sim
28. Diabetes não gestacional 0. Não 1. Sim
29. Doença renal crônica 0. Não 1. Sim
30. Convulsões/epilepsia 0. Não 1. Sim
31. Acidente Vascular Cerebral (AVC) 0. Não 1. Sim
32. Doença hepática crônica 0. Não 1. Sim
33. Doença psiquiátrica 0. Não 1. Sim
34. Outros 0. Não (vá para 36) 1. Sim

35. Quais?
36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):
37. Incompetência istmo-cervical (IIC) 0. Não 1. Sim
38. Crescimento Intra-Uterino Restrito (CIUR) 0. Não 1. Sim
39. Oligodramnia 0. Não 1. Sim
40. Polidrâmio 0. Não 1. Sim
41. Isoimunização RH 0. Não 1. Sim
42. Placenta prévia 0. Não 1. Sim
43. Descolamento prematuro de placenta (DPP) 0. Não 1. Sim
44. Amniorexe prematura 0. Não 1. Sim
45. Diabetes gestacional 0. Não 1. Sim
46. Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP) 0. Não 1. Sim
47. Eclampsia/Convulsões 0. Não 1. Sim
48. Ameaça de parto prematuro 0. Não 1. Sim
49. Sofrimento fetal 0. Não 1. Sim
50. Sífilis 0. Não 1. Sim
51. Infecção urinária 0. Não 1. Sim
52. Infecção pelo HIV 0. Não 1. Sim
53. Toxoplasmose (que precisou tratar) 0. Não 1. Sim
54. Exame de cultura para estreptococo na vagina e/ou ânus positivo 0. Não 1. Sim
55. Malformação congênita 0. Não (vá para 57) 1. Sim
56. Qual?
57. Outros problemas 0. Não (vá para 59) 1. Sim
58. Qual?
59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, micro cesárea, outras cirurgias do corpo uterino)
0. Não 1. Sim
4. Dados da Internação
60. Data da última menstruação (DUM): //
61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM: semanas

62. Idade gestacional na admissão calculada por USG: semanas
63. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo: semanas
64. Apresentação do bebê:
65. Primeiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação
66. Segundo bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação
67. Terceiro bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação
68. Quarto bebê 1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação
69. Nível de consciência da mulher na admissão: 1. Lúcida 2. Torporosa (confusão mental) 3. Em coma 9. Sem informação
70. Ocorrência de convulsões antes da internação: 0. Não 1. Sim
71. Há registro de pressão arterial na admissão 0. Não (vá para 74) 1. Sim
72. Primeira verificação: sist. (em mmhg) sist. mmhg
73. Primeira verificação: diast (em mmhg) diast mmhg
74. Há registro de temperatura axilar na admissão: 0. Não (vá para 76) 1. Sim
75. Valor em Cº
76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto:
0. Não
1. Sim, pequeno
2. Sim, moderado
3. Sim, intenso
4. Sim, sem especificação

77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação:
1. Não
2. Sim, líquido claro sem grumos
3. Sim, líquido claro com grumos
4. Sim, líquido com mecônio
5. Sim, líquido sanguinolento
6. Sim, líquido purulento/ fétido
7. Sim, sem especificação
78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: (consultar instrutivo) em centímetros, cm
79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão: contrações
80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame): 0. Ausente (vá para 82) 1. Presente
81. Qual a frequência? bpm
82. Realizada cardiotocografia (CTG): (Permite mais de 1 opção)
0. Não (vá para 84)
1. Sim, antes de vir para maternidade
2. Sim, na admissão/internação
3. Sim, no trabalho de parto
83. Algum resultado da CTG alterado: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação
84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: (Permite mais de 1 opção)
0. Não (vá para 86)
1. Sim, antes de vir para maternidade
2. Sim, na admissão/internação
85. Algum Doppler alterado: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação
86. Prescrição de corticoide antes do parto: (Permite mais de 1 opção) 0. Não 1. Sim, antes da internação 2. Sim, na admissão/internação

87. Motivo da internação:

1. Internação por trabalho de parto
2. Internação para indução do trabalho de parto
3. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto (responda 88 e vá para 130)
4. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica
5. Outro motivo

88. Diagnóstico na internação: (Permite mais de 1 opção)

1. Trabalho de parto
2. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto
3. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota)
4. Gestação múltipla (2 ou + fetos)
5. Gestação prolongada/pós-maturidade
6. Sofrimento fetal (agudo/crônico) - Crescimento restrito (CIUR)
7. Polidrâmnio / Oligodramnia
8. Descolamento prematuro da placenta / DPP
9. Hemorragia vaginal
10. Eclampsia /convulsão
11. Hipertensão na gestação (qualquer tipo)
12. Apresentação pélvica ou outra apresentação anômala (córmica/transversa)
13. Iteratividade (cesáreas anteriores)
14. Diabetes gestacional
15. Infecção pelo HIV
16. Óbito fetal
17. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado
18. Outro diagnóstico (responda a 89)
19. Intercorrência clínica (vá para 90)

89. Outro diagnóstico. Qual?

90. Intercorrência clínica. Qual?

91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação:0. Não

1. Sim (vá para 130)

5. Assistência ao trabalho de parto	
92.	Data da admissão/internação no pré-parto: //
93.	Hora da admissão/internação no pré-parto (se não houver registro, marcar 00h00min)
94.	Trabalho de Parto: <ol style="list-style-type: none"> 1. Espontâneo (vá para 96) 2. Induzido sem sucesso (responda à questão 95 e depois vá para 130) 3. Induzido com sucesso 4. Não entrou em trabalho de parto (vá para 130)
95.	Medicações/método utilizados para indução do parto: (ver folha de prescrição) <ol style="list-style-type: none"> 1. Ocitocina 2. Misoprostol 3. Outras
96.	O acompanhante estava presente: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação
97.	Prescrição de dieta no trabalho de parto: 0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação
98.	Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim
99.	Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim (vá para 101)
100.	Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim
101.	Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim
102.	Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim
103.	Enterólise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim
104.	Profissional que acompanhou o trabalho de parto: (Permite mais de 1 opção)1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetrix 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. Outro 9. Sem informação
105.	Presença de partograma no prontuário: 0. Não (vá para 110) 1. Sim
106.	Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma:0. Não (vá para 108) 1. Sim
107.	Quantos? (centímetros) cm
108.	Registro do número de toques no partograma: 0. Não (vá para 110) 1. Sim

109.Quantos?
110.Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto: 0. Não (vá para 116) 1. Sim
111.Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):
112.Número de ampolas de 5UI/500 ml soro
113.Nº de gotas/mim
114.Velocidade de infusão ml/hora
115.Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina: cm
116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: (Permite mais de 1 opção)
1. Não
2. Sim, opioides (dolantina, meperidina ou petidina)
3. Sim, outras (buscopam, dipirona, hioscina, outros)
117.Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:
118.Banho de chuveiro 0. Não 1. Sim
119.Banho de banheira 0. Não 1. Sim
120.Massagem 0. Não 1. Sim
121.Bola 0. Não 1. Sim
121.1. Banquinho 0. Não 1. Sim
122.Cavalinho 0. Não 1. Sim
123.Outros 0. Não (vá para 125) 1. Sim
124.Qual:
125.Utilização de analgesia durante o trabalho de parto: 0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui(combinação) 4. Geral
126.Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto:
0. Não, ruptura antes da internação (vá para 129)
1. Sim, ruptura espontânea
2. Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais)
3. Sim, sem informação do tipo de ruptura

127. Característica do líquido:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Líquido claro sem grumos 2. Líquido claro com grumos 3. Líquido com mecônio 4. Líquido sanguinolento 5. Líquido purulento/ fétido 6. Líquido sem especificação
128. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma /prontuário:, cm
129. Há registro no prontuário de: (Permite mais de 1 opção)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sofrimento fetal durante o TP 2. Eliminação de mecônio espesso 3. Bradicardia fetal (BCF < 110) 4. Taquicardia fetal (BCF > 160) 5. Presença de DIP 2 (desaceleração na cardiotocografia) 6. Sem registro de alguma das alterações acima
6. Dados da Assistência ao Parto
130. Dia do parto: //
131. Hora do parto:
132. O acompanhante estava presente no parto: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação
133. Tipo de parto 1. Vaginal (inclui fórceps) 2. Cesáreo (vá para 146) (Em caso de gemelar, com parto normal e cesárea, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)
134. Uso de fórceps/vácuo extrator: 0. Não 1. Fórceps 2. Vácuo-extrator
135. Qual profissional assistiu o parto: 1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetiz 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. outro 9. Sem informação
136. Posição da mulher no parto: 1. Litotomia (deitada de costas) 2. Deitada de lado 3. Sentada/reclinada 4. Na banheira 5. De quatro 6. De cócoras 7. De pé 9. Sem informação
137. Horário do registro de dilatação total: (partograma ou prontuário) h

138.Duração do período expulsivo registrado no prontuário:
139.Realização de episiotomia: 0. Não 1. Sim
140.Ocorrência de laceração vaginal/perineal 0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem especificação
141.Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia: 0. Não 1. Sim
142.Realização de manobra de Kristeller: 0. Não 1. Sim
143. Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: (Permite mais de 1 opção) 0. Não 1. Distócia de ombro 2. Prolapso de cordão 3. Ruptura uterina 4. Período expulsivo prolongado 5. Atonia uterina 6. Placenta retida 7. Outros (responda a 144)
144. Qual?
145.Utilização de anestesia: 0. Não 1. Peridural 2. Raquidiana 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral 5. Local 6. Loco regional/nervo pudendo 9. Sem informação (Se parto vaginal não preencher o bloco 7 - vá para o bloco “Dados sobre Near Miss Materno”, questão 156)
7. Indicação da cesariana
146.Informações do obstetra: (Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)

147.1ª Informação do obstetra:

01. Cesariana anterior/Iteratividade
02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
03. Parada de Progressão
04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
05. Placenta prévia
06. Sofrimento fetal/CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica (sentado)
09. Apresentação córmica (atravessado)
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (responda a 148)

148. Outra. Qual?

149. 2ª Informação do obstetra:

01. Cesariana anterior/Iteratividade
02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
03. Parada de Progressão
04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
05. Placenta prévia
06. Sofrimento fetal/CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica (sentado)
09. Apresentação córmica (atravessado)
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (responda a 150)

150. Outra. Qual

151. 3ª Informação do obstetra:

01. Cesariana anterior/Iteratividade
02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
03. Parada de Progressão
04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
05. Placenta prévia
06. Sofrimento fetal/CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica (sentado)
09. Apresentação córmica (atravessado)
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (responda a 152)

152. Outra. Qual?

153. 4ª Informação do obstetra:

01. Cesariana anterior/Iteratividade
02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
03. Parada de Progressão
04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
05. Placenta prévia
06. Sofrimento fetal/CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica (sentado)
09. Apresentação córmica (atravessado)
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (responda a 154)

154. Outra. Qual?

155. Tipo de anestesia:1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (combinado) 4. Geral

8. Dados sobre Near Miss Materno

156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da

internação:
157. Cianose aguda 0. Não 1. Sim
158. Respiração agônica (gasping) 0. Não 1. Sim
159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm 0. Não 1. Sim
160. Choque 0. Não 1. Sim
161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos 0. Não 1. Sim
162. Distúrbio de coagulação 0. Não 1. Sim
163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia 0. Não 1. Sim
164. Convulsões reentrantes/paralisia total 0. Não 1. Sim
165. AVC 0. Não 1. Sim
166. Perda da consciência maior que 12 horas 0. Não 1. Sim
167. Perda da consciência associada a ausência de pulso 0. Não 1. Sim
168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:
169. Saturação de O ₂ < 90% por mais de 60 minutos 0. Não 1. Sim
170. PaO ₂ /FiO ₂ < 200 mmHg 0. Não 1. Sim
171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl 0. Não 1. Sim
172. Bilirrubina > 6 mg/dl 0. Não 1. Sim
173. pH < 7,1 0. Não 1. Sim
174. Lactato/ Ácido láctico > 5 0. Não 1. Sim
175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000) 0. Não 1. Sim
176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina 0. Não 1. Sim
177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:
178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina) 0. Não 1. Sim
179. Histerectomia pós infecção ou hemorragia 0. Não 1. Sim
180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias 0. Não 1. Sim
181. Diálise por insuficiência renal aguda 0. Não 1. Sim
182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia 0. Não 1. Sim

183. Ressuscitação cardiopulmonar 0. Não 1. Sim
Atenção entrevistador! No caso de gemelar, preencher uma ficha para cada recém-nascido.
No caso de natimorto responder só as questões 186, 187, 259, 261, 263 e 265.
9. Dados do recém-nato – 1ª parte
184. Nº do prontuário do recém-nato: (completar com 8 caso não tenha sido internado)
185. Número da Declaração de Nascido Vivo: (completar com 9 caso não tenha a DN no prontuário)

186. Sexo: 1. Masculino 2. Feminino 3. Indefinido
187. Peso ao nascer (em gramas): ____g
188. Idade gestacional pela DUM: 189.semanas
190. dias
191. Idade gestacional pela USG: 192.semanas
193. dias
194. Idade gestacional pelo Capurro: 195.semanas
196. dias
197. Idade gestacional pelo New Ballard: 198.semanas
199. dias
200. Se parto cesariano, informar as indicações constante na folha ou prontuário do RN:

201. 1ª informação:

01. Cesariana anterior/Iteratividade
02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
03. Parada de Progressão
04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)
05. Placenta prévia
06. Sofrimento fetal / CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica
09. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrência clínicas

25. Sem informação no prontuário

26. Não se aplica – parto vaginal

27. Outra (responda a 202)

202. Qual?

203. 2ª informação:

01. Cesariana anterior/Iteratividade
02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
03. Parada de Progressão
04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)
05. Placenta prévia
06. Sofrimento fetal / CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica
09. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (responda a 204)

204. Qual?

205. 3ª informação:

01. Cesariana anterior/Iteratividade

02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
03. Parada de Progressão
04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)
05. Placenta prévia
06. Sofrimento fetal / CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica
09. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (responda a 206)

206. Qual?

207. 4ª informação:

01. Cesariana anterior/Iteratividade
02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
03. Parada de Progressão
04. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)
05. Placenta prévia
06. Sofrimento fetal / CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica

09. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclâmpsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Aminiorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (responda a 208)

208. Qual?

209. Apgar no 1o. Minuto

210. Apgar no 5o. Minuto
10. Dados do recém-nato – 2ª parte
211. Manobras de reanimação na sala de parto
212. O2 inalatório 0. Não 1. Sim
213. Ventilação com ambú + máscara 0. Não 1. Sim
214. Intubação orotraqueal 0. Não 1. Sim
215. Massagem cardíaca 0. Não 1. Sim
216. Drogas 0. Não 1. Sim
217. Outros 0. Não 1. Sim
218. Qual?
219. Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:
220. Aspiração de vias aéreas superiores 0. Não 1. Sim
221. Aspiração gástrica 0. Não 1. Sim
222. Vitamina K (Kanakion) 0. Não 1. Sim
223. Credé (colírio de nitrato de prata) 0. Não 1. Sim
224. Vacina contra hepatite B 0. Não 1. Sim
225. Foi para incubadora 0. Não 1. Sim
226. O bebê foi internado? 0. Não (vá para 256) 1. Sim
227. Utilização de oxigênio após o nascimento:
228. Hood ou circulante 0. Não 1. Sim
229. CPAP 0. Não 1. Sim
230. Ventilação mecânica 0. Não 1. Sim
231. Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo): 0. Não 1. Sim 8. Não estava mais internado
232. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade gestacional corrigida ainda estava em oxigenioterapia (de qualquer tipo).
1. RN nasceu a termo
2. Não
3. Ainda não atingiu 36 semanas
4. Sim
5. Não estava mais internado

233. Indicação de internação em UTI neonatal: 0. Não 1. Sim
234. Internação em UTI neonatal: 0. Não 1. Sim
235. Utilização de surfactante: 0. Não 1. Sim
236. Hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido:0. Não 1. Sim
237. Uso de antibiótico 1. Não usou 2. Início até 48h de vida (Sepse precoce) 3. Início após 48h de vida (Sepse tardia)
238. Fototerapia nas primeiras 72h de vida: 0. Não 1. Sim
239. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida:, mg/dl 2 dígitos e 1 casa decimal
240. Apresentou malformação congênita? 0. Não 1. Sim
241. Outros diagnósticos durante a internação:
242. Taquipneia transitória 0. Não 1. Sim
243. Doença da membrana hialina 0. Não 1. Sim
244. Síndrome de aspiração meconial 0. Não 1. Sim
245. Hipertensão pulmonar 0. Não 1. Sim
246. Convulsão 0. Não 1. Sim
247. Enterocolite necrotizante 0. Não 1. Sim
248. Toxoplasmose 0. Não 1. Sim
249. Rubéola congênita 0. Não 1. Sim
250. Herpes 0. Não 1. Sim
251. Citomegalovírus 0. Não 1. Sim
252. Sífilis congênita 0. Não 1. Sim
253. Criança exposta ao HIV 0. Não 1. Sim
254. Outros 0. Não 1. Sim
255. Qual?
256. Uso de aleitamento materno exclusivo: 0. Não 1. Sim (vá para 258)

257. Outros alimentos que recebeu durante a internação (Permite mais de 1 opção)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Água 2. Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com açúcar) 3. Leite humano ordenhado 4. Leite artificial 5. Nutrição Parenteral (NPT)
258. Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento: 0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 264) 1. Alta 2. Óbito 3. Transferência para outro hospital (vá para questão 260)
259. Data da saída: (Se óbito, vá para 261; se alta, vá para 264) //
260. Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado): 260.1 Motivo da
260.2 Data da transferência: //
260.3 Tipo de saída do hospital para onde foi transferido: 0. Continua internado aos 28 dias de vida (vá para 264) 1. Alta 2. Óbito
260.4 Data da saída do hospital para onde foi transferido: (se alta vá para a questão 264)
261. Causas de óbito registradas no prontuário: (Permite mais de 1 opção)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Prematuridade extrema (< 1000g) 2. Infecção 3. Sífilis congênita 4. Malformação congênita 5. Problemas respiratórios (DMH, pneumotórax, aspiração de mecônio, 6. pneumonia, hipertensão pulmonar 7. 6.Outros (responda a 262)
262. Qual
263. Número da declaração de óbito _____
264. Peso do bebê na alta hospitalar, óbito ou aos 28 dias de nascido, se ainda internado. (em gramas) g
265. Observações:

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa et al. Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil. *Revista de saude publica*, v. 52, p. 1, 2018.