



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO
COMPORTAMENTO

GABRIELA ARRUDA REINAUX PONTES

**INFLUÊNCIA DO PARTO PREMATURO VIVENCIADO COMO EVENTO
TRAUMÁTICO NO VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

Recife
2015

GABRIELA ARRUDA REINAUX PONTES

**INFLUÊNCIA DO PARTO PREMATURO VIVENCIADO COMO EVENTO
TRAUMÁTICO NO VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

Dissertação apresentada ao Centro de Ciência da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Área de concentração: Neuropsicopatologia.

Orientador: Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Junior

Recife

2015

GABRIELA ARRUDA REINAUX PONTES

**INFLUÊNCIA DO PARTO PREMATURO VIVENCIADO COMO EVENTO
TRAUMÁTICO NO VÍNCULO MÃE-BEBÊ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Neuropsicopatologia.

Aprovado em: 27/02/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Rosana Christine Cavalcanti Ximenes (Presidente)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Carla Fonseca Zambaldi
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dr^a Flávia Maria Nassar de Vasconcelos
Universidade Federal de Pernambuco

NORMAS UTILIZADAS

A elaboração desta Dissertação seguiu as seguintes normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), para depósito na Biblioteca Central da UFPE:

NBR 6023 – Informação e documentação: referências: elaboração.

NBR 6024 – Informação e documentação: numeração progressiva das seções de um documento escrito: apresentação.

NBR 6027 – Informação e documentação: sumário: apresentação.

NBR 6028 – Informação e documentação: resumo: apresentação.

NBR 10520 – Informação e documentação: citações em documentos: apresentação.

NBR 12225 – Informação e documentação: lombada: apresentação.

NBR 14724 – Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação (elementos pré-textuais)

Os artigos de Revisão e Original seguiram as normas do Jornal Brasileiro de Psiquiatria, disponível em <http://www.editorialmanager.com/jbp/>.

Dedico este trabalho a minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade de realizar o Mestrado.

Ao meu orientador Professor Doutor Amaury Cantillino da Silva Junior, pela competência científica e acompanhamento do trabalho, pela disponibilidade, assim como pelas críticas, correções e sugestões relevantes feitas durante a orientação.

Aos meus professores, por se dedicarem ao ensino com tanto empenho e aos seus alunos com consideração.

A todas as Mães envolvidas nesta investigação, pelo contributo, pela paciência e pela honestidade das respostas.

À minha cunhada, Márcia Pontes, pelo auxílio, na correção da Dissertação.

A Maria José Bacelar, pela revisão do texto e adequação da Dissertação às normas da ABNT, indispensáveis para a finalização do trabalho.

Aos meus pais, Romerito e Anna, pelo incentivo e amor, por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço e por todos os ensinamentos de vida.

Ao meu marido, Marcos Pontes Filho, pela paciência, amor e por sempre me estimular a crescer científica e pessoalmente.

Ao restante da minha família, irmãos, sogros e cunhados.

Luz, Paz e Amor!

RESUMO

O parto prematuro poderia ser vivenciado como evento traumático e estar associado com pior vínculo mãe-bebê devido ao estresse psicológico gerado nas mães confrontadas com um nascimento prematuro. Este estudo teve como objetivo geral analisar a relação entre o parto prematuro vivenciado como evento traumático e o vínculo mãe-bebê; e como objetivos específicos: verificar a associação entre os fatores obstétricos e bio-sociodemográficos relacionados ao parto prematuro vivenciado como evento traumático; identificar associações entre as características da relação mãe-bebê prematuro entre as puérperas que vivenciaram e aquelas que não vivenciaram o parto prematuro como um evento traumático. A metodologia adotada foi o estudo inferencial transversal; os instrumentos de coleta de dados foram a ficha e a entrevista semiestruturada. A coleta de dados foi realizada em Hospital Maternidade do município de Caruaru (PE), no período de agosto de 2013 a abril de 2014 no Alojamento canguru. Os resultados apontaram que o parto prematuro foi tomado como traumático em 43 (71,7%) das puérperas analisadas. O sentimento de ligação materna “triste” e a variável, se a pesquisada trabalhava ou não, foram as únicas que mostraram associação significativa com a ocorrência do parto prematuro como evento traumático. Concluiu-se que o parto prematuro foi considerado um evento traumático para algumas mães e esse fato pode ter exacerbado nas mães sentimentos mais negativo principalmente o de tristeza, em relação ao seu bebê. No entanto, o parto prematuro, como evento traumático, não comprometeu significativamente o vínculo mãe-bebê das mães internadas no Alojamento Canguru.

Palavras chaves: Parto. Prematuro. Vínculo.

ABSTRACT

The premature birth could be experienced as traumatic event and be associated with a worse mother-baby relationship due to psychological stress generated in mothers faced with a premature birth. This study aimed to analyze the relationship between preterm birth experienced as traumatic event and the mother-baby relationship; and specific objectives: to determine the association between obstetric factors and bio-demographic related to premature birth experienced as traumatic event; identifying associations between characteristics of early mother-infant relationship between mothers who lived and those who did not experience premature birth as a traumatic event. The methodology adopted was the cross inferential study; the data collection instruments were the plug and the semi-structured interview. Data collection was performed in Maternity Hospital at Caruaru (PE), from august 2013 to april 2014 in Accommodation kangaroo. The results show that preterm birth was taken as traumatic in 43 (71.7%) of the analyzed mothers. The feeling of maternal link "sad" and the variable, if the searched worked or not, were the ones that showed significant association with the occurrence of preterm birth as traumatic event. In conclusion that premature birth was considered a traumatic event for some mothers and this may have exacerbated in the mother more negative feelings, especially sadness, in relation to your baby. However, premature birth, such as traumatic event, not significantly impaired the mother--baby relationship of mothers admitted to the Accommodation kangaroo.

Key words: Birth. Prematurity. Relationship.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

DISSERTAÇÃO

Quadro 1 – Critérios diagnósticos do DSM-IV (A, B, C, D, E, e F) para Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)	28
---	----

ARTIGO DE REVISÃO – APÊNDICE D

Figura 1 – Fluxograma das etapas na seleção dos artigos que se relacionaram o surgimento de TEPT ao parto prematuro	53
Figura 2 - Fluxograma das etapas na seleção dos artigos da relação TEPT ao parto prematuro com alterações no vínculo mãe-bebê prematuro	54

LISTA DE TABELAS

DISSERTAÇÃO

Tabela 1 –	Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com os dados bio-sociodemográficos – CARUARU (PE) – 2013-2014	33
Tabela 2 –	Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com dados relacionados à gestação – CARUARU (PE) – 2013-2014	35
Tabela 3 –	Avaliação do parto prematuro vivenciado como evento traumático segundo a média dos escores do tipo de ligação mãe-bebê – CARUARU (PE) – 2013-2014	35
Tabela 4 –	Avaliação do parto prematuro vivenciado como evento traumático segundo as variáveis que classificam o tipo de ligação mãe-bebê em Positiva e Negativa – CARUARU (PE) – 2013-2014	36

ARTIGO DE REVISÃO – APÊNDICE D

Tabela 1 –	Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Parto Prematuro	54
Tabela 2 –	Relação Transtorno de Estresse Pós-traumático e vínculo mãe/bebê prematuro	57

ARTIGO ORIGINAL – APÊNDICE E

Tabela 1 –	Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com os dados bio-sociodemográficos	69
Tabela 2 –	Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com dados relacionados à gestação	69
Tabela 3 –	Avaliação do parto prematuro vivenciado como evento traumático segundo a média dos escores do tipo de ligação mãe-bebê	71
Tabela 4 –	Avaliação do parto prematuro vivenciado como evento traumático segundo as variáveis que classificam o tipo de ligação mãe-bebê em Positiva e Negativa	71

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i> (Associação Americana de Psiquiatria)
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
MCC	Método Mãe Canguru
PERI	Inventário de Risco Perinatal
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPQ	<i>Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire</i> (Questionário de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Perinatal)
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
RP	Razão de Prevalência
SAME	Sistema de Arquivos Médicos e Estatísticos
SCID-I	<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i> (Entrevista clínica estruturada para DSM-IV Axis e distúrbios)
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i> (Pacote estatístico para Ciências Sociais)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno de Estresse Agudo
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UCI	Unidade de Cuidados Intermediários
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	PARTO PREMATURO	16
2.2	PARTO TRAUMÁTICO E PREMATURIDADE	17
2.3	VÍNCULO MÃE-BEBÊ	19
3	HIPÓTESES	22
4	OBJETIVOS	23
4.1	OBJETIVO GERAL	23
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	23
5	METODOLOGIA	24
5.1	TIPO DE ESTUDO	24
5.2	LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	24
5.3	POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA	25
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	26
5.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	26
5.6	PROCEDIMENTOS	26
5.6.1	Triagem	26
5.6.2	Coleta de dados	27
5.7	INSTRUMENTOS	27
5.7.1	Item A SCID-I para TEPT – Entrevista semiestruturada para caracterização do evento como traumático adaptado para questões do parto	27
5.7.2	Escala de Ligação Mãe-Bebê	30
5.8	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	31
5.9	ANÁLISE ESTATÍSTICA	32

6	RESULTADOS	33
7	DISCUSSÃO	37
8	CONCLUSÃO	40
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE A – FICHA DE TRIAGEM	46
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	47
	APÊNDICE C – FICHA DE DADOS BIO-SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS E DE PARTO	49
	APÊNDICE D – ARTIGO DE REVISÃO	51
	APÊNDICE E – ARTIGO ORIGINAL	65
	ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	78
	ANEXO B – ITEM A SCID-I PARA TEPT – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO COMO TRAUMÁTICO	79
	ANEXO C – ESCALA DE LIGAÇÃO MÃE-BEBÊ	80

1 INTRODUÇÃO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em sua 3ª edição (DSM-III), tinha um conceito bem restrito para um evento traumático e apenas algumas situações extremas poderiam ser consideradas um trauma (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980). A revisão dessa edição afirmava que um evento traumático deveria ser uma situação fora da faixa habitual de experiências humanas normais ou ordinárias e que seria acentuadamente doloroso a qualquer um. Desta forma, como o parto é um acontecimento natural não poderia ser considerado um trauma (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987).

Na 4ª edição (DSM-IV), houve uma ampliação do conceito da natureza estressora e maior valorização da percepção e resposta da pessoa ao evento traumático (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). Define-se um evento como traumático (Critério A) quando os seguintes requisitos estiverem presentes simultaneamente: Critério A1 – a pessoa vivenciar, testemunhar ou ser confrontada com evento que envolveria morte ou grave ferimento real ou ameaçador à integridade física própria ou de outros; e Critério A2 – durante o evento, a pessoa experimenta medo intenso, impotência e/ou horror (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

A revisão verificada no DSM-V acrescentou, na resposta ao evento estressor, sintomas dissociativos de despersonalização (sensação de estar num sonho, como se fosse um observador externo) e desrealização (o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido). (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o parto prematuro como aquele que ocorre antes da 37ª semana de gestação ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1961). Cerca de 10% dos partos no Brasil são prematuros e a prevalência de prematuridade varia de 3,4% a 15% nas regiões Sul e Sudeste e 3,8% a 10,2% na região Nordeste com tendência a aumentar (SILVEIRA et al., 2008).

Em estudo de enfoque etnográfico, o parto realizado de forma antecipada significou para algumas mães romper com o sonho de ter o filho em tempo normal. Dentre os fatores analisados, destacou-se que a necessidade do parto prematuro

dificultou a elaboração da separação do momento do parto, uma vez que frustrou a expectativa da imediata relação mãe-bebê (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2005).

O nascimento prematuro faz com que a mulher enfrente uma série de dificuldades que até então não eram consideradas, como lidar com um recém-nascido (RN) que pode não sobreviver e a interposição da tecnologia e do saber médico sobre os cuidados maternos durante a internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (FERRARI; DONELLI, 2010).

Com o avanço das tecnologias na UTIN foi possível realizar práticas de promoção da saúde mais adequadas e, conseqüentemente, aumentar a sobrevivência do RN prematuro. Passaram a ser ofertados subsídios para o atendimento cada vez mais especializado nos aspectos biológicos do RN e também na assistência multiprofissional prestada (OLIVEIRA et al., 2009).

O longo período de hospitalização do RN prematuro interfere negativamente no desenvolvimento das habilidades da mãe na prestação dos cuidados com o prematuro e isso dificultaria o estabelecimento de interações eficazes entre mãe e bebê prematuro (CAMARNEIRO et al., 2009).

Estudo verificou que a intensidade das reações pós-traumáticas dos pais em relação ao nascimento prematuro do bebê pode contribuir para o desenvolvimento de problemas comportamentais futuros no bebê. Desta forma uma intervenção preventiva deve ser promovida para os pais (PIERRHUMBERT et al., 2003).

Em virtude das repercussões do parto prematuro sobre a saúde da mulher e sobre a relação mãe-bebê, e diante da escassez de pesquisas latino-americanas relacionadas ao assunto, evidencia-se a importância de realizar estudos sobre esse tema. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo analisar a relação entre o parto prematuro vivenciado como evento traumático e o vínculo mãe-bebê.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Nesta seção será realizada uma revisão da literatura adotada como referencial teórico nesta pesquisa, com o propósito de obter subsídio teórico sobre os temas parto prematuro, parto traumático e prematuridade e vínculo mãe-bebê, que possibilitará o confronto entre a visão teórica e os dados da realidade coletados para fins da pesquisa desenvolvida.

2.1 PARTO PREMATURO

O parto prematuro, segundo a OMS, é aquele que ocorre antes da 37ª semana de gestação ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação. O bebê nascido entre 32 e 35 semanas de gestação é considerado uma criança de risco; o bebê nascido antes de 32 semanas é considerado de alto risco. A definição, segundo os critérios relativos ao peso, estabelece como prematura a criança que nasceu antes do final da gestação e com um peso inferior a 2.500g (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1961).

A predição do parto prematuro pode ser associada a alguns fatores de risco bio-sociodemográficos, obstétricos e gestacionais. Dentre os fatores bio-sociodemográficos destacam-se: baixo nível socioeconômico, idade inferior a 16 anos ou superior a 35 anos. Dentre os obstétricos ressaltam-se o intervalo intergestacional inferior a seis meses, infecções pélvicas e intrauterinas, uso de drogas, tabagismo, cirurgia de alta frequência e abdominal da gestante. Entre os gestacionais, destacam-se: as doenças maternas (hipertensão arterial, diabetes ou doenças da tireoide), gestação múltipla, encurtamento cervical (<3 cm), anomalias uterinas e sangramento vaginal devido à placenta prévia ou descolamento prematuro de placenta (BITTAR; PEREIRA; LIAO, 2008).

A prematuridade pode ser classificada, segundo sua evolução clínica, em eletiva ou espontânea. As causas diretas mais comuns na prematuridade eletiva são sofrimento fetal anteparto, síndromes hipertensivas e restrição do crescimento fetal. Entre as complicações neonatais destacam-se: asfixia, síndrome do desconforto respiratório, sepse, hemorragia intracraniana e morte neonatal (RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004).

Os recém-nascidos pré-termo (RNPT) apresentam risco cinco vezes maior de morrer durante o primeiro ano de vida do que crianças nascidas a termo (BRASIL, 2011). Logo, a prematuridade exerce relevante papel nos óbitos infantis e são necessárias intervenções efetivas para a redução desta mortalidade (ARRUÉ et al., 2013).

Devido à situação da sua saúde, o RNPT necessita de cuidados especiais na UTIN, o que implica em longos períodos de hospitalização. Isto, entretanto, apresenta consequências, dentre as quais se destaca a interferência no vínculo mãe-bebê, que pode afetar o desenvolvimento físico e emocional dos RNs (TALMI; HARMON, 2003).

2.2 PARTO TRAUMÁTICO E PREMATURIDADE

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA), na DSM-IV, o evento estressor traumático pode ser definido como uma situação de estresse que foi experimentada, testemunhada ou confrontada, na qual houve ameaça à vida da pessoa ou de alguém próximo a ela (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). Entende-se que a magnitude do parto vivenciado como evento traumático é coerente com esta definição de trauma

Estudo define o parto traumático como “[...] um evento que ocorre durante o trabalho de parto ou no momento do parto que envolve real ou temida lesão física ou morte da mulher ou do recém-nascido. Durante esse evento, a puérpera experimenta medo intenso, desamparo, perda de controle e horror” (BECK, 2004¹ apud , 2009, p. 253).

Algumas experiências durante o parto podem fazer com que a mulher experimente este evento como psicologicamente traumático (REYNOLDS, 1997). Este assunto passou a ser pesquisado a partir de 1994, com a ampliação do conceito de evento traumático na DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). Maior valorização em resposta ao evento estressor foi acrescentada com o DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Advoga-se que partos em que a mulher vivencia situações como: internação hospitalar devido a complicações na gravidez, parto instrumental, cesariana de

¹ BECK, C.T. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nursing research*, Taiwan, v. 53, n. 1, p. 28-35, 2004.

emergência (ADEWUYA; OLOGUN; IBIGBAMI, 2006), dor experimentada no parto, apresentar sentimentos de impotência, experiência de ter sido humilhada pela equipe médica (SOET; BRACK; DILORO, 2003), prematuridade do RN (HOLDITCH-DAVIS et al., 2003) podem ser considerados fatores traumáticos.

O impacto do nascimento prematuro, que muitas vezes é um momento inesperado para a mãe, faz com que a vivência do parto não possa ser elaborada como um momento de separação entre mãe e bebê. Além de as mães enfrentarem momentos de angústia no hospital, geralmente o RN prematuro é tomado como objeto de cuidados extremos na UTIN, o que restringe os cuidados maternos (FERRARI; DONELLI, 2010).

Após viver um parto traumático, algumas mulheres passam a apresentar no pós-parto recordações aflitivas do parto, por meio de ideias, sonhos ou emoções, e desenvolve esquiva de situações, pessoas e lugares que a façam lembrar o parto, o que configura o Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (; CANTILINO; SOUGEY, 2009).

Um estudo com mulheres no sul da França destacou que o parto prematuro pode ser traumático e levar ao desenvolvimento de transtornos psicopatológicos. Além disso, sugere a necessidade de se desenvolver um apoio específico com foco na troca de experiências e prevenção, a fim de evitar transtornos em desenvolvimento (GOUTAUDIER et al., 2011).

As mães de bebês prematuros são mais propensas a terem Transtornos de Humor, como Depressão, Ansiedade e Transtornos relacionados ao estresse, como o TEPT. O desenvolvimento psicossocial do bebê também pode ser influenciado pelas condições psicopatológicas pré-existentes sofridas pela mãe e são muitas vezes consideradas como um fator de risco para o abuso de crianças e maus-tratos na vida adulta (ISHIZAKI; NAGAHAMA; KANEKO, 2013).

Shaw et al. (2009) procuraram analisar a prevalência de TEPT em pais após quatro meses do nascimento de seus bebês prematuros ou doentes e a relação de TEPT e sintomas de Transtorno de Estresse Agudo (TEA) imediatamente após o nascimento de seu bebê. Os autores verificaram que o nascimento de um bebê prematuro pode ser fator determinante para o desenvolvimento de sintomas de TEA e preditor para o desenvolvimento do TEPT relacionado ao parto prematuro.

O estudo de Modarres et al. (2012) avaliou 400 mulheres que procuraram centros de saúde, onde 18 dessas mulheres (8,3%) tiveram partos prematuros. Os

resultados indicaram que mais da metade das mulheres entrevistadas tiveram um parto traumático e 20% preencheram os critérios para o TEPT. Este transtorno foi associado com baixo nível de escolaridade, trabalho de parto prematuro, inadequadas visitas pré-natal, ter complicações devido à gravidez, gravidez a intervalos menores de 2 anos, duração do trabalho de parto e cesárea de emergência.

Em estudo com 50 famílias de bebês prematuros, 27 de grupo de alto risco (IG <29 semanas) e 23 de grupo de baixo risco (IG >31 semanas), e grupo controle de 25 famílias com bebê a termo, buscou-se investigar sintomas de TEPT quando os bebês tinham 18 meses de idade. Foi verificado que 4% do controle, 26% (6/23) do grupo de baixo risco e 41% (11/27) do grupo de alto risco apresentaram sintomas de TEPT na faixa clínica (referindo-se aos Critérios do DSM-VI). (PIERRHUMBERT et al., 2003).

Sendo assim, fica evidente que o tema precisa ser objeto de mais atenção tanto por parte dos clínicos como dos pesquisadores.

2.3 VÍNCULO MÃE-BEBÊ

Nos momentos seguintes ao parto, verifica-se uma predisposição dos pais para com o bebê designada por *bonding* (FIGUEIREDO et al., 2005). Este termo foi introduzido em 1976 por Klaus e Kennell e é definido como o processo de envolvimento emocional com o filho, em que o vínculo estabelecido entre mãe e bebê, construído desde a gravidez, privilegia os primeiros momentos de interação que se seguem à nascença.

Na pesquisa de Righetti et al. (2005) investigaram o papel da ecografia quarta-dimensional (4D) sobre o desenvolvimento do apego no pré-natal em mulheres grávidas (19-23 semanas de gestação) e destacaram que a ligação materno-fetal existe desde o início da gravidez e se intensifica gradualmente com o desenvolvimento da gestação. Para além das dimensões biológicas, Figueiredo et al. (2009) acrescentam que a presença de sintomatologia psicopatológica e o estilo de vinculação da mãe interferem na vinculação pré-natal.

Usando o trabalho de parto como critério estressor, Davies et al. (2008) avaliaram 211 mulheres com seis semanas no pós-parto para sintomas de TEPT e relação com a percepção materna, apego mãe-bebê e características comportamentais do RN. O estudo demonstrou que os sintomas de TEPT

relacionados com o trabalho de parto podem influenciar negativamente a percepção materna em relação ao seu bebê, com potenciais implicações adversas para o vínculo mãe-bebê em desenvolvimento.

Mendes e Galdeano (2008) investigaram os fatores de risco para o vínculo mãe-bebê prejudicado, identificado por enfermeiros que trabalhavam em uma unidade materno-infantil. Dentre os fatores de risco identificados, os autores destacaram a doença do RN ao nascer (45,5%), despreparo dos profissionais de saúde para sanar as necessidades psico-biológico-sociais (39,5%), prematuridade do RN (33,3%) e gravidez indesejada (30,3%).

Forcada-Guex et al. (2011) procuraram explorar as ligações entre estresse pós-traumático materno, representações de apego materno do bebê e interações mãe-bebê. Verificaram que o nascimento prematuro afeta tanto características de interação mãe-bebê quanto representações maternas de apego com o bebê. Em particular, mães de prematuros com intensos sintomas de estresse pós-traumático eram mais propensas a seguir um padrão controlador de interação, com representações maternas mais distorcidas. Com isso, concluíram que é importante analisar o impacto do estresse pós-traumático materno sobre a relação pais-bebê, a fim de planejar as intervenções preventivas de apoio no período neonatal e evitar que a mãe desenvolva o TEPT.

Borghini et al. (2006) levantaram a hipótese de que as representações do vínculo mãe-bebê seriam alteradas durante os primeiros meses após a alta hospitalar devido ao estresse psicológico gerado nos pais, principalmente nas mães, confrontados com o nascimento prematuro do seu filho.

A mãe, no período da hospitalização, pode sentir-se mais fragilizada e incapacitada, uma vez que não possui controle da situação, e se desequilibrar emocionalmente, prejudicando a formação do vínculo mãe-bebê. Estudo destacou a importância de intervenções psicológicas precoces que permitam facilitar a elaboração do luto pelo parto prematuro e pelo bebê (FERRARI; DONELLI, 2010).

Muller-Nix et al. (2004) analisaram a relação entre o comportamento de interação materno-infantil ao longo do tempo e fatores de risco perinatal. A interação mãe-bebê foi gravada em 6 e 18 meses de idade da criança, em uma população de 47 bebês prematuros (IG <34 semanas) e 25 bebês a termo. O nível de estresse materno foi avaliado com *Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire* (PPQ) e fatores de risco perinatais foram avaliados com o Inventário de Risco

Perinatal (PERI). O comportamento de interação do bebê prematuro era diferente da criança a termo aos 18 meses de idade e foi correlacionado com o estresse traumático materno, mas não com fatores de risco perinatais. O estudo sublinha a importância da experiência traumática materna relacionada com o nascimento prematuro e sua influência duradoura sobre o comportamento de interação mãe-bebê.

O estudo correlacional desenvolvido por Feeley et al. (2011) analisou como os sintomas de TEPT estão relacionados às características da mãe e seu bebê, bem como à interação mãe-bebê. Os autores encontraram evidências de que as mães com mais sintomas de TEPT eram menos sensíveis e eficazes na estruturação da interação com seu bebê.

A qualidade da relação precoce mãe-bebê também tem sido apontada como um dos fatores que pode agravar ou amenizar o impacto potencialmente negativo de parto prematuro, especialmente quanto às posteriores competências e desenvolvimento da criança (FORCADA-GUEX et al., 2006).

3 HIPÓTESES

- O parto prematuro pode ser caracterizado como um evento traumático.
- O parto prematuro, caracterizado como evento traumático, está associado com pior vínculo mãe-bebê comparado ao parto prematuro não vivenciado como traumático.

4 OBJETIVOS

Esta seção expõe os objetivos geral e específicos que constituem a finalidade da investigação proposta e expressam as contribuições que se deseja oferecer com a execução da pesquisa.

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre o parto prematuro vivenciado como evento traumático e o vínculo mãe-bebê.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar a associação entre os fatores obstétricos e bio-sociodemográficos relacionados ao parto prematuro vivenciado como evento traumático.
- Identificar associações entre as características da relação mãe-bebê prematuro entre as puérperas que vivenciaram e aquelas que não vivenciaram o parto prematuro como um evento traumático.

5 METODOLOGIA

Esta seção detalha os procedimentos metodológicos adotados no desenvolvimento da pesquisa realizada. São tratadas as seguintes questões relativas ao estudo: tipo, local e período, população e amostra, critérios de inclusão e exclusão, procedimentos – triagem, coleta de dados e instrumentos. Na seção de procedimentos, são detalhadas a entrevista semiestruturada e a escala de ligação mãe-bebê. A seção finaliza com a exposição dos aspectos éticos da pesquisa e análise estatística.

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo do tipo Inferencial transversal. Os estudos transversais são aqueles em que a exposição ao fator ou causa está presente no efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado. Estas questões tornam este tipo de estudo mais rápido, mais barato, mais fácil em termos logísticos e não sensível a problemas como perda de seguimento. Esta é a única maneira de calcular a prevalência das doenças e dos fatores de risco (SITTA et al., 2010).

A maior desvantagem dos estudos transversais relaciona-se à impossibilidade de estabelecer relações causais, por não provarem a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento da doença. Além disso, são poucas as práticas no estudo de doenças raras, uma vez que estas obrigam à seleção de amostras muito numerosas (SITTA et al., 2010).

5.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Hospital Maternidade Jesus Nazareno, localizada na Avenida Marília, s/n, bairro Maurício de Nassau, município de Caruaru (PE).

A maternidade é referência secundária para gestação de alto risco para 90 municípios de Pernambuco, onde ainda estão incluídas as microrregiões de Serra Talhada, Afogados da Ingazeira, Arcoverde, Garanhuns e Caruaru. Abrange uma população de cerca de 2,5 milhões de habitantes. São realizados perto de 15 partos por dia, o que resulta na média de 470 partos por mês, sendo 60% deles de alto risco (PERNAMBUCO, 2015).

Para atender à demanda, a maternidade conta com 92 leitos – 10 no Alojamento Canguru; 2 no Alojamento Tardio; 18 na Unidade de Cuidados Intermediários (UCI); 42 no alojamento conjunto; 12 na Obstetrícia Clínica; 6 na enfermaria de pré-eclâmpsia; e 2 no isolamento. (PERNAMBUCO, 2015).

O Alojamento Canguru é um setor do hospital com 5 quartos e 10 leitos, em que mãe e bebê prematuro permanecem juntos até sua alta hospitalar. O setor atende a uma demanda de neonatos de médio risco com estabilidade clínica, mas que necessitam de observação e de algumas tecnologias de cuidado de menor complexidade. A mãe é quem presta os cuidados ao bebê sob a supervisão da equipe hospitalar.

A coleta dos dados da pesquisa foi realizada no período de agosto de 2013 a abril de 2014 no Alojamento Canguru.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRA

A população do estudo compreendeu todas as mulheres que se encontravam de 40 até 45 dias de pós-parto e estavam internadas no Alojamento Canguru no Hospital Maternidade Jesus Nazareno, Caruaru (PE).

Com base no estudo de Pierrhumbert et al. (2003), para delimitação inicial da amostra, utilizou-se uma população infinita com prevalência estimada de 21% a 46% (desfecho de 34%), erro de 5% e confiabilidade de 95% e deveriam ser avaliados 345 casos. No entanto, para coletar esse quantitativo, o tempo de coleta seria em torno de 35 meses, mas, em virtude desse tempo exceder a finalização do Mestrado (24 meses) e do número de mulheres atendidas no Alojamento Canguru não ultrapassar o número máximo de 10 mulheres/mês, optou-se por coletar a população sob a forma de Censo.

Pesquisa por Censo é um tipo de levantamento que obtém informações de todos os sujeitos de uma população. Este tipo de abordagem torna-se vantajoso quando a população é pequena e se o tamanho da amostra necessária para pesquisa for muito grande em relação à população examinada. Também elimina o erro amostral e produz resultados mais precisos (CORREA, 2003).

A amostra foi composta por 60 puérperas do Alojamento Canguru.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- ter idade maior de 18 anos;
- RN ter nascido com idade gestacional (IG) < 37 semanas, caracterizando um parto prematuro;
- estar internada no Alojamento Canguru com 40 a 45 dias de pós-parto;
- concordar em participar do estudo;
- capaz de falar, ler e entender o Português;
- compreender os instrumentos avaliativos.

5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- não responder a todos os instrumentos da pesquisa;
- recusar-se a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- ter algum problema de saúde que impossibilitasse de responder aos instrumentos avaliativos;
- mulheres que não fossem alfabetizadas.

5.6 PROCEDIMENTOS

Foram desenvolvidos os seguintes procedimentos na pesquisa: triagem e coleta de dados.

5.6.1 Triagem

Após aprovação do Comitê de Ética (ANEXO A), iniciou-se a triagem. Foi solicitada à direção do Sistema de Arquivos Médicos e Estatísticos (SAME) do hospital uma permissão para coletar, nos prontuários, dados sobre a mãe e o RN para inclusão ou exclusão na pesquisa.

Apenas foram registradas na ficha de triagem (APÊNDICE A) elaborada pela pesquisadora, o código do prontuário do RN e o nome da mãe, mantendo sigilo sobre qualquer informação retirada do prontuário.

Após a triagem das mulheres, foram expostos os objetivos do estudo com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e obtenção da concordância, por meio da assinatura desse termo em duas vias, para participar da pesquisa.

5.6.2 Coleta de dados

A coleta de dados fez-se por meio de entrevista com as mulheres selecionadas na triagem referida na seção anterior. Utilizou-se uma ficha de dados bio-sociodemográficos (idade, escolaridade, raça, estado civil, trabalho), obstétricos e do parto, elaborada pela própria pesquisadora, com variáveis categóricas para a caracterização dos dados maternos (APÊNDICE C); aplicação de uma entrevista semiestruturada para caracterização do parto como evento traumático baseada no Item A do Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders para Transtorno de Estresse Pós-Traumático (SCID-I para TEPT) (ANEXO B) e Escala de Ligação mãe-bebê (ANEXO C) mediante a abordagem das mulheres com a técnica de entrevista.

A pesquisadora teve treinamento específico com o orientador antes de aplicar os instrumentos de pesquisa nas mulheres selecionadas, para uma melhor compreensão e adaptação dos instrumentos. As perguntas foram ajustadas às questões relacionadas ao parto prematuro como evento traumático, para assim obter uma melhor compreensão dos instrumentos avaliativos utilizados.

5.7 INSTRUMENTOS

Os instrumentos de coleta de dados foram: entrevista semiestruturada e escala de ligação mãe-bebê.

5.7.1 Item A SCID-I para TEPT – Entrevista semiestruturada para caracterização do evento como traumático

A SCID-I é uma entrevista clínica estruturada com variáveis categóricas baseada em critérios diagnósticos do DSM-IV. É largamente utilizada e considerada como padrão ouro para diagnóstico de transtornos psiquiátricos do eixo-I em pesquisas. A SCID-I foi traduzida e validada para o português e apresentou índices de confiabilidade e concordância estatisticamente significantes (DEL-BEN et al., 2001). A

SCD-I para TEPT é baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV (A, B, C, D, E, e F). (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000). O Quadro 1 é ilustrativo:

Quadro 1 – Critérios diagnósticos do DSM-IV (A, B, C, D, E, e F) para Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)

(continua)

Critérios	Requisitos
Critério A Exposição a um evento traumático no qual os seguintes requisitos estiveram presentes:	(1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, ou uma ameaça à integridade física, própria ou de outros; (2) a resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror.
Critério B O evento traumático é persistentemente revivido em uma (ou mais) das seguintes maneiras:	(1) recordações aflitivas, recorrentes e intrusivas do evento, incluindo imagens, pensamentos ou percepções; (2) sonhos aflitivos e recorrentes com o evento; (3) agir ou sentir como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (inclui um sentimento de revivência da experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashbacks dissociativos, inclusive aqueles que ocorrem ao despertar ou quando intoxicado); (4) sofrimento psicológico intenso quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático; (5) reatividade fisiológica na exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático.
Critério C Esquiva persistente de estímulos associados com o trauma e entorpecimento da responsividade geral indicados por três (ou mais) dos seguintes quesitos:	(1) esforço no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma; (2) esforços no sentido de evitar atividades, locais ou pessoas que ativem recordações do trauma; (3) incapacidade de recordar algum aspecto importante do trauma; (4) redução acentuada do interesse ou da participação em atividades significativas; (5) sensação de distanciamento ou afastamento em relação a outras pessoas; (6) faixa de afeto restrito [...]; (7) sentimento de um futuro abreviado [...]

Quadro 1 – Critérios diagnósticos do DSM-IV (A, B, C, D, E, e F) para Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)

(conclusão)

Critérios	Requisitos
Critério D Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada (não presentes antes do trauma) indicados por dois (ou mais) dos seguintes quesitos:	(1) dificuldade em conciliar ou manter o sono; (2) irritabilidade ou surtos de raiva; (3) dificuldade em concentrar-se; (4) hipervigilância; (5) resposta de sobressaltado exagerada.
Critério E A duração da perturbação (sintomas dos Critérios B, C e D) é superior a 1 mês.	
Critério F A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.	

Fonte: ZAMBALDI (2011, p. 22-24).

No presente estudo, utilizou-se o item A da SCDI para TEPT para caracterização do parto prematuro como evento traumático. Para a identificação de presença de evento traumático, a pessoa tem como positivo o item A dos critérios diagnósticos do TEPT, que é baseado nas respostas de 7 perguntas subdivididas em dois grupos, Critério A1 e Critério A2 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

O Critério A1, itens 1, 2, 3 e 4, são perguntas relacionadas à experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física; ter testemunhado um evento que envolve morte, ferimentos ou ameaça à integridade física de outra pessoa (Bebê); ou o conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento experimentado por um membro da família ou outra pessoa em estreita associação com o indivíduo.

O Critério A2, itens 5, 6 e 7, são perguntas relacionadas à resposta ao evento e deve envolver intenso medo, impotência ou horror. As perguntas foram adaptadas, pela própria pesquisadora, para questões do parto vivenciado como evento traumático baseado no item A do SCDI para TEPT. São elas:

1. Você sentiu sua vida ameaça, teve PAVOR de morrer?
2. Você teve medo muito intenso de seu bebe morrer?
3. Você se sentiu fisicamente agredida ou violentada?
4. Você recebeu alguma notícia terrível?
5. Você se sentiu APAVORADA?
6. Você se sentiu desamparada?
7. Você se sentiu horrorizada?

Se for respondido sim no item 1, ou 2, ou 3, ou 4 associado a sim nos itens 5, ou 6, ou 7, o evento é caracterizado como traumático (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000).

5.7.2 Escala de ligação mãe-bebê

A escala de Ligação Mãe-Bebê é destinada a avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebê. É um instrumento de autoavaliação, no qual a mãe responde às questões que descrevem alguns dos sentimentos em relação ao seu RN nas primeiras semanas após o nascimento (FIGUEIREDO et al., 2005).

Esta escala é a versão em português do *Mother-Baby Bonding Scale* (TAYLOR et al., 2005² apud FIGUEIREDO et al., 2005), que foi submetida a um processo de tradução e retroversão, não tendo surgido nenhuma divergência nos itens. Aos cinco itens presentes na escala original foram acrescentados quatro (Zangado, Agressivo, Triste e Medroso), para que estivessem presentes as totalidades das emoções referidas como básicas (FIGUEIREDO et al., 2005). Neste instrumento, a escala é composta de variáveis categóricas divididas em nove itens agrupados em duas subescalas:

- subescala “Ligação Positiva”, constituída de 3 itens (Afetuoso, Protetor e Alegre), que mede o envolvimento emocional positivo;
- subescala “Ligação Negativa”, constituída por 6 itens (Zangado, Agressivo, Triste, Ressentido, Desgostoso, Desiludido), que avalia o envolvimento emocional negativo.

² TAYLOR, A. et al. A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch. Womens Ment Health*, New York, v. 8, n. 1, p. 45-51, 2005.

As respostas são cotadas numa escala “Lickert”, entre 0 e 3, consoante a emoção a que o item se refere estar ou não presente – “Nada”, “Um pouco”, “Bastante” ou “Muito” – na relação da mãe com o bebê (FIGUEIREDO et al., 2005). Os itens são pontuados de acordo com a presença da emoção em causa; assim, quanto maior essa presença, mais elevado é o resultado. Por conseguinte, o resultado nas subescalas (que corresponde ao somatório das pontuações obtidas nos itens que as constituem) é tanto mais elevado quanto maior for a presença da dimensão que avalia (FIGUEIREDO et al., 2005).

O estudo psicométrico do instrumento mostra níveis razoáveis de consistência interna (Alpha de Cronbach de 0.71) e nos índices de fidelidade teste-reteste (Coeficiente de Correlação de Spearman de 0.49, $p < 0.01$). Assim, a escala de Ligação mãe-bebê oferece índices satisfatórios de fidelidade e validade.

O fato de os itens traduzirem emoções que se manifestam precocemente, isto é, que surgem nos momentos seguintes ao parto, leva à necessidade de aplicar esta escala durante as primeiras semanas de vida do RN (FIGUEIREDO et al., 2005).

Adendo:

O projeto inicial do Mestrado, além da abordagem do parto prematuro vivenciado como evento traumático, previa a coleta de dados sobre o TEPT e, por isso, determinou-se o tempo de 40 a 45 dias para analisar as mulheres do pós-parto. O quadro sintomático do TEPT completo deve estar presente por mais de 1 mês para que se obtenha o diagnóstico. No entanto, no decorrer da pesquisa, verificou-se uma prevalência baixa de TEPT na população pesquisada. Optou-se, então, por apresentar apenas os dados relacionados ao parto prematuro caracterizado como evento traumático e o vínculo mãe-bebê. Consequentemente, apresentar apenas o Item A do SCID-I para TEPT, embora toda a seção relacionada ao TEPT tenha sido aplicada.

Desta forma, os dados relacionados ao TEPT não serão demonstrados nos resultados.

5.8 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Os aspectos éticos da pesquisa foram observados com a submissão do projeto ao comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-UFPE),

que o aprovou pelo Parecer nº 308.353 e data da relatoria 19 de junho de 2013 (ANEXO A).

Como risco, as mulheres participantes desta pesquisa poderiam sentir algum constrangimento ao falar sobre suas experiências traumáticas. A anuência em participar, contudo, de acordo com a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2013), que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, foi precedida do recebimento das informações sobre a relevância da pesquisa, sua natureza, objetivos, métodos, benefícios previstos, riscos e o incômodo que pudesse lhes trazer, na medida do entendimento delas e respeitadas em suas singularidades, sendo-lhes assegurada a livre participação de acordo com o TCLE (APÊNDICE B).

Também tiveram como benefício ter apoio terapêutico no ambulatório de psicologia do Hospital Maternidade Jesus Nazareno em Caruaru (PE) caso caracterizassem seu parto como evento traumático. As publicações científicas geradas com base na pesquisa sobre o conhecimento entre parto traumático, prematuridade e vínculo mãe-bebê promoverão melhoria no atendimento das puérperas de parto prematuro e mais humanização no momento do parto.

5.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados descritivamente, por meio de percentuais para as variáveis categóricas e das medidas média, desvio padrão e mediana para as variáveis numéricas.

Os Testes de Kolmogorov-Smirnov ou o de Shapiro-Wilk foram realizados para verificar a distribuição normal dos dados e o Teste de Cochran e Bartlett para distribuição de variâncias. Para avaliar a associação entre variáveis categóricas, foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson ou o Exato de Fisher (quando às condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas) e o teste de Mann-Whitney, para a comparação entre as categorias em relação às variáveis numéricas.

Para avaliar a força da associação nos cruzamentos das variáveis categóricas foi obtido o valor da razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança. A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança. O programa estatístico utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)* na versão 21.

6 RESULTADOS

Dentre as 60 puérperas que participaram da pesquisa, 43 (71,7%) preencheram o item A da SCDI para TEPT (parto prematuro vivenciado como evento traumático) e 17 (28,3%) não preencheram. Nas Tabelas 1 a 4 são apresentados, respectivamente, os resultados do estudo da associação do parto prematuro vivenciado como evento traumático com os dados sociodemográficos, relacionados à gestação e as médias dos escores do tipo de ligação mãe-bebê (as variáveis que classificam o tipo de ligação mãe-bebê são: positiva e negativa).

Na Tabela 1 estão apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas das puérperas. Pode-se verificar que 66,7% dentre elas caracterizaram o parto prematuro vivenciado como evento traumático, tinham idade entre 20 a 29 anos, 80,6% cor de pele branca, 72,5% estado civil casada, 70% tinham ensino fundamental incompleto e 80% não exerciam atividade remunerada. Visualiza-se também que a variável “pesquisada trabalhava ou não” foi a única com associação significativa com o evento traumático ($p < 0,05$). A ocorrência do parto traumático foi mais elevada entre as que não trabalhavam (80%) do que entre as que trabalhavam (55,0%).

Tabela 1 – Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com os dados bio-sociodemográficos – CARUARU (PE) – 2013-2014

(continua)

Parto traumático							Valor de p	Razão de Prevalência a 95%
Variáveis	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
Grupo Total	43	71,7	17	28,3	60	100,0		
• Faixa etária								
18 a 19	7	63,6	4	36,4	11	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,187	(**)
20 a 29	24	66,7	12	33,3	36	100,0		(**)
30 ou mais	12	92,3	1	7,7	13	100,0		(**)
• Raça/ Etnia								
Branca	25	80,6	6	19,4	31	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,267	1,61 (0,71 a 3,66)
Amarela/ Indígena	5	55,6	4	44,4	9	100,0		1,11 (0,41 a 2,99)
Parda	10	71,4	4	28,6	14	100,0		1,43 (0,60 a 3,40)
Negra	3	50,0	3	50,0	6	100,0		1,00
• Situação conjugal								
Solteira	14	70,0	6	30,0	20	100,0	p ⁽²⁾ = 0,839	1,00
Casada	29	72,5	11	27,5	40	100,0		1,04 (0,73 a 1,46)

Tabela 1 – Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com os dados bio-sociodemográficos – CARUARU (PE) – 2013-2014

								(conclusão)
Variáveis	Parto traumático				TOTAL	Valor de p	Razão de Prevalência a 95%	
	Sim		Não					
	n	%	n	%				
• Escolaridade								
Fundamental incompleto	14	70,0	6	30,0	20	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,228	(**)
Fundamental completo	13	61,9	8	38,1	21	100,0		(**)
Médio completo	8	72,7	3	27,3	11	100,0		(**)
Superior	8	100,0	-	-	8	100,0		(**)
• Trabalha?								
Sim	11	55,0	9	45,0	20	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,043 (*)	1,45 (0,95 a 2,23)
Não	32	80,0	8	20,0	40	100,0		1,00

Fonte: Elaboração própria.

Notas: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%. (**) Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas.

(1) Por meio do teste Exato de Fisher. (2) Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson.

Na Tabela 2 não foram registradas associações significativas entre a ocorrência do parto prematuro vivenciado como evento traumático e nenhuma das variáveis relacionadas à gestação (tipo de gestação, idade gestacional, tipo de parto, apoio familiar, satisfação no parto e pós-parto, realização do método Canguru, tratamento psiquiátrico na gestação e tratamento psicológicos pregressos à gestação) ($p > 0,05$).

Tabela 2 – Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com dados relacionados à gestação – CARUARU (PE) – 2013-2014

								(continua)	
Variável	Parto traumático						Valor de p	Razão de Prevalência a 95%	
	Sim		Não		TOTAL				
	n	%	n	%	n	%			
Grupo Total	43	71,7	17	28,3	60	100,0			
• Gestação									
Única	18	78,3	5	21,7	23	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,371	1,16 (0,85 a 1,58) 1,00	
Múltipla	25	67,6	12	32,4	37	100,0			
• Idade gestacional									
26 a 29 semanas	24	72,7	9	27,3	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,840	1,03 (0,75 a 1,43) 1,00	
30 a 37 semanas	19	70,4	8	29,6	27	100,0			
• Tipo de parto									
Cesáreo	24	70,6	10	29,4	34	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,832	1,00 1,04 (0,75 a 1,42)	
Normal	19	73,1	7	26,9	26	100,0			

Tabela 2 – Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com dados relacionados à gestação – CARUARU (PE) – 2013-2014

								(conclusão)	
Variável	Parto traumático						Valor de p	Razão de Prevalência a 95%	
	Sim		Não		TOTAL				
	n	%	n	%	n	%			
• Apoio Social									
Sim	12	66,7	6	33,3	18	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,574	1,11 (0,76 a 1,61) 1,00	
Não	31	73,8	11	26,2	42	100,0			
• Satisfação no parto									
Sim	24	64,9	13	35,1	37	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,138	1,00 1,27 (0,94 a 1,72)	
Não	19	82,6	4	17,4	23	100,0			
• Satisfação pós-parto									
Sim	33	70,2	14	29,8	47	100,0	p ⁽²⁾ = 0,740	1,00 1,10 (0,77 a 1,56)	
Não	10	76,9	3	23,1	13	100,0			
• Canguru									
Sim	37	72,5	14	27,5	51	100,0	p ⁽²⁾ = 0,704	1,09 (0,67 a 1,78) 1,00	
Não	6	66,7	3	33,3	9	100,0			
• Necessitou de tratamento psiquiátrico durante gestação									
Sim	8	80,0	2	20,0	10	100,0	p ⁽²⁾ = 0,709	(**)	
Não	35	70,0	15	30,0	50	100,0			
• História de problemas psiquiátricos									
Sim	18	81,8	4	18,2	22	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,184	1,24 (0,92 a 1,68) 1,00	
Não	25	65,8	13	34,2	38	100,0			

Fonte: Elaboração própria.

(**) Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas.

(1) Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. (2) Por meio do teste Exato de Fisher.

Na Tabela 3 apresenta-se o resultado da média dos escores do parto prematuro vivenciado como evento traumático segundo o tipo de ligação mãe-bebê. Não foram verificadas diferenças significativas entre as que tinham ou não parto prematuro como evento traumático ($p > 0,05$).

Tabela 3 – Avaliação do parto prematuro vivenciado como evento traumático segundo a média dos escores do tipo de ligação mãe-bebê – CARUARU (PE) – 2013-2014

Ligação	Parto traumático		Valor de p
	Sim	Não	
	Média ± DP (Mediana)	Média ± DP (Mediana)	
Positiva	5,81 ± 1,71 (7,00)	5,65 ± 1,84 (4,00)	$p^{(1)} = 0,834$
Negativa	9,93 ± 3,50 (10,00)	7,94 ± 5,36 (5,00)	$p^{(1)} = 0,407$

Fonte: Elaboração própria.

(1) Por meio do teste de Mann-Whitney.

O único sentimento de ligação materna que mostrou associação significativa com a ocorrência do parto prematuro vivenciado como evento traumático foi o item “Triste”, como demonstra a Tabela 4, onde $p < 0,05$ e intervalo para RP não incluiu o valor 1,00.

Tabela 4 – Avaliação do parto prematuro vivenciado como evento traumático segundo as variáveis que classificam o tipo de ligação mãe-bebê em Positiva e Negativa – CARUARU (PE) – 2013-2014

Parto traumático							Valor de p	Razão de Prevalência a 95%
Variável	Sim		Não		TOTAL			
	n	%	n	%	n	%		
Grupo Total	43	71,7	17	28,3	60	100,0		
LIGAÇÃO POSITIVA								
• Afetuosa							p ⁽¹⁾ = 0,486	1,07 (0,64 a 1,78)
Um pouco	19	67,9	9	32,1	28	100,0		
Bastante	17	81,0	4	19,0	21	100,0		
Muito	7	63,6	4	36,4	11	100,0		
• Alegre							p ⁽²⁾ = 0,672	(**)
Um pouco	17	68,0	8	32,0	25	100,0		
Bastante	22	71,0	9	29,0	31	100,0		
Muito	4	100,0	-	-	4	100,0		
• Protetora							p ⁽²⁾ = 1,000	(*)
Um pouco	3	75,0	1	25,0	4	100,0		
Bastante	20	71,4	8	28,6	28	100,0		
Muito	20	71,4	8	28,6	28	100,0		
LIGAÇÃO NEGATIVA								
• Desiludida							p ⁽²⁾ = 0,384	(**)
Nada	6	100,0	-	-	6	100,0		
Um pouco	4	66,7	2	33,3	6	100,0		
Bastante	2	100,0	-	-	2	100,0		
• Desgostosa							p ⁽²⁾ = 0,077	(**)
Nada	11	68,8	5	31,3	16	100,0		
Um pouco	5	50,0	5	50,0	10	100,0		
Bastante	-	-	1	100,0	1	100,0		
• Agressiva							p ⁽²⁾ = 1,000	(**)
Nada	38	71,7	15	28,3	53	100,0		
Um pouco	5	71,4	2	28,6	7	100,0		
• Zangada								
Nada	40	70,2	17	29,8	57	100,0		
Um pouco	3	100,0	-	-	3	100,0		
• Triste							p ⁽¹⁾ = 0,004*	1,00
Um pouco	13	52,0	12	48,0	25	100,0		
Muito	30	85,7	5	14,3	35	100,0		
• Ressentida								
Nada	20	69,0	9	31,0	29	100,0		
Um pouco	4	66,7	2	33,3	6	100,0		
Bastante	13	72,2	5	27,8	18	100,0		
Muito	6	85,7	1	14,3	7	100,0		(**)

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

(*) Diferença significativa ao nível de 5,0%. (**) Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas.

(1) Por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. (2) Por meio do teste Exato de Fisher. (RP): razão de prevalência.

7 DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se que o parto prematuro foi tomado como traumático para a maioria das puérperas que participaram da pesquisa. Esse fato justifica-se, porque a população selecionada para o estudo poderia ser considerada um grupo em risco. Consequentemente, classificou seu parto como evento traumático.

O conceito de parto traumático, apesar de pouco conhecido, não é um evento raro e traz repercussões negativas para a mulher, podendo, inclusive, ser sucedido de TEPT (ZAMBALDI; CANTILINO; SOUGEY, 2009). Experimentar um parto traumático pode influenciar no bem-estar físico e emocional da mulher e impactar negativamente no relacionamento com o seu cônjuge e na relação mãe-bebê (AYERS; EAGLE; WARING, 2006). Além disso, o medo do parto pode resultar no desejo de não ter mais filhos (BAILHAM; JOSEPH, 2003); se o parto anterior foi vaginal, pode aumentar a probabilidade de solicitar parto cesáreo em futuros nascimentos (GARDNER, 2003).

Além do momento do parto, as mães também são confrontadas com a admissão de seu RN na UTIN, uma experiência que é particularmente difícil para elas, que podem desenvolver estresse emocional acompanhado de depressão, ansiedade, estresse e perda de controle. Esses estados podem oscilar entre os sentimentos de inclusão e exclusão relacionados com a prestação de cuidados de saúde para o seu RN (OBEIDAT; BOND; CALLISTER, 2009).

Em revisão sistemática, Korja, Latva e Lehtonen (2012) identificaram que o vínculo mãe-bebê prematuro é complexo. Por isso, é importante diminuir o estresse materno e a separação precoce em todas as formas possíveis durante a internação, bem como após a alta hospitalar.

Estudo realizado no norte da Suécia com seis mães cujos filhos nasceram prematuramente e precisaram de cuidados na UTIN, mostrou que elas não estavam preparadas para ter bebês prematuros e a separação dos filhos foi uma experiência muito estressante (LINDBERG; OHRLING, 2008).

O sentimento de ligação materna “Triste” e a não atividade laboral, nesta pesquisa, foram as únicas variáveis que mostraram associação significativa com a ocorrência do parto prematuro vivenciado como evento traumático.

Ainda em relação ao sentimento de ligação materna “Triste”, mais exacerbado nessas mães, poderia ser uma reação diante do fato de seu bebê ter nascido antes

da idade gestacional adequada e esperada pela mãe e ainda não estar de alta hospitalar. Uma vez que, os RNs prematuros alocados no Alojamento Canguru ainda necessitam de cuidados especiais para estabilização clínica da sua saúde. Além disso, em sua maioria, passaram por internação prévia na UTIN.

Deve-se apoiar o vínculo mãe-bebê desde a UTIN até os primeiros meses de vida do bebê. Intervenções de base familiar individualizadas durante a internação neonatal e a transição para casa têm sido mostradas como fatores para reduzir o estresse e a depressão materna, aumentar autoestima materna e melhorar as interações mãe-bebê prematuro (FORCADA-GUEX et al., 2006).

Na vinculação mãe-bebê, o envolvimento emocional nem sempre será igual em todos os momentos. Além de poder variar ao longo do tempo, depende dos momentos de reciprocidade. Durante a internação no Alojamento Canguru, a mãe pode ter tido dificuldades para se ligar ao bebê prematuro e garantir o apego e carinho, que também são necessários à sua sobrevivência, por se sentir incapaz de cuidar plenamente de seu filho, em razão da sua fragilidade. Por isso, apresentou sentimentos mais negativos em relação ao seu bebê.

Observa-se que as médias dos escores do parto prematuro vivenciado como evento traumático segundo o tipo de ligação mãe-bebê tendiam a ser mais elevadas no negativo e menos elevadas no positivo. No entanto, não foram verificadas diferenças significativas entre as que tinham ou não parto prematuro vivenciado como evento traumático.

Os achados do estudo de Monteiro, L. Silva e M. Silva (2002) permitiram concluir que as mães tiveram as mais variadas reações ao nascimento prematuro do filho. Dentre essas reações, destaca-se o medo (por enfrentarem um parto prematuro e as consequências deste evento), a preocupação com o bem-estar do filho (fragilidade do filho) e a tristeza (por estarem numa situação diferente das mães que tiveram seus filhos a termo e podem a todo o momento acariciá-los e amamentá-los).

Os comportamentos interativos do bebê prematuro com a mãe aumentam com a idade materna, com o nível socioeconômico da mãe e com o tempo de internamento. A parceria de cuidados com a família é benéfica no estabelecimento da interação precoce e trará vantagens ao desenvolvimento do RNPT (CAMARNEIRO et al., 2009). Outro estudo enfatiza a importância da qualidade da interação mãe-bebê prematuro para o seu desenvolvimento neurocognitivo (RAHKONEN et al., 2014).

Num estudo prospectivo e longitudinal que acompanhou os RNs desde o nascimento, pesquisadores perceberam uma associação entre prematuridade e sofrimento psíquico da mãe com a qualidade das interações mãe-bebê durante o primeiro ano de vida. No geral, a aflição psíquica materna, decorrente do trauma do parto, foi relacionada a um menor desenvolvimento cognitivo do RN e este, por sua vez, teve menos interações claras responsivas com sua mãe (SINGER et al., 2003).

O apoio do pai à mãe parece essencial a esta última e teria efeito protetor nas puérperas (LINDBERG; OHRLING, 2008). A disponibilidade de apoio social facilitaria uma maternagem responsiva, principalmente sob condições estressantes, promovendo o desenvolvimento de um apego seguro mãe-bebê. Segundo Zambalbi, Cantilino e Sougey (2009), mulheres com pouco apoio social são mais vulneráveis ao desenvolvimento de TEPT.

Nesta pesquisa, o outro dado que teve associação significativa com a ocorrência do parto prematuro vivenciado como evento traumático foi a não atividade laboral. Outros pesquisadores também corroboram este estudo ao relacionarem a não atividade laboral como um fator predisponente ao estresse psíquico materno (BLOOM; BULLOCK; PARSONS, 2012; BLOOM et al., 2013).

Entrevistas qualitativas com mulheres urbanas de baixa renda exploraram suas exposições a estresse e reações durante a gravidez. Os estressores mais comuns relatados foram tensão financeira, exposição a violência e sentimentos de intenso isolamento e solidão. As mulheres da amostra também relataram alto estresse, depressão e sintomas do TEPT (BLOOM et al., 2013).

Em estudo americano foram recrutadas mulheres grávidas rurais de baixa renda para explorar suas exposições a estresse durante a gravidez, reações ao estresse e prioridades para a redução do estresse. O estressor predominante das mulheres foi o financeiro. Este foi agravado pela falta de emprego, transporte e opções de habitação a preços acessíveis; fofocas de cidade pequena; isolamento/solidão; e tédio. As medidas quantitativas revelaram altos níveis de estresse global e sintomas de depressão, além de transtorno de estresse pós-traumático na amostra analisada (BLOOM; BULLOCK; PARSONS, 2012).

Dada a importância das repercussões do parto sobre a saúde da mulher, surgiu a ideia deste estudo, que demonstrou a importância da observação precoce sobre o parto traumático em mulheres no pós-parto e o encaminhamento daquelas puérperas que porventura relatem algum tipo de transtorno emocional.

8 CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre o parto prematuro vivenciado como evento traumático e o vínculo mãe-bebê.

Foi verificado que a maioria das puérperas analisadas relacionou o fato do parto de seu bebê ter sido prematuro como um evento traumático. Também se encontrou uma associação significativa entre esse evento e o sentimento de ligação materna “Triste” e a não atividade laboral.

Desta forma, o enfrentamento materno em relação à prematuridade e readaptação da mãe a esta situação inesperada aflorou nela sentimentos mais negativos de ligação mãe-bebê.

As puérperas que não trabalhavam foram mais propensas a terem sofrimento psíquico de estresse no pós-parto relacionado ao parto prematuro. O estresse materno é um fator de risco para os resultados de saúde materno-infantil adversos em todo o mundo e a maior empregabilidade poderia ser útil para a sua redução, possibilitando à mãe enfrentar os inúmeros obstáculos que podem surgir durante a fase do pós-parto.

O estudo conclui que a maioria das puérperas caracterizou a vivência do parto prematuro como um evento traumático baseado no item A da SCDI para TEPT e apresentou sentimentos mais negativos em relação ao seu bebê, principalmente o de tristeza. No entanto, o parto prematuro, mesmo quando vivenciado como evento traumático, não comprometeu significativamente o vínculo mãe-bebê das mães internadas no Alojamento Canguru.

Umas das limitações do estudo foi ter uma amostra pequena. No entanto, outros estudos com quantitativo pequeno também foram considerados estatisticamente significantes para publicação em revistas científicas (BORGHINI et al., 2006; FEELEY et al., 2011; FORCADA-GUEX et al. 2006; FORCADA-GUEX et al. 2011; GOUTAUDIER et al., 2011; HOLDITCH-DAVIS et al., 2003; PIERRHUMBERT et al., 2003).

Outra limitação foi o fato de não avaliar isoladamente as mães de bebês internados na UTIN e compará-las com as mães do Alojamento Canguru, o que

possibilitaria verificar se o Alojamento Canguru poderia ter efeito protetor quanto a eventuais alterações no vínculo mãe-bebê. Deste modo, pesquisas futuras são necessárias para comparar dados na população brasileira quanto à prematuridade e ao parto traumático e o vínculo mãe-bebê. O melhor conhecimento sobre o assunto também irá gerar melhoria no atendimento das puérperas no pós-parto.

REFERÊNCIAS

ADEWUYA, A.O.; OLOGUN, Y.A.; IBIGBAMI, O.S. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG: An. Intern. J. Obstetr. Gynaecol.*, Oxford, v. 113, n. 3, p. 284-288, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, DSM-III. Washington, 1980.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Text revised, DSM-III TR. Washington, 1987.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Text revised, DSM-IV TR. Washington, 2000.

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-V. Washington, 2013.

ARRUÉ, A.M. et al. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Enferm. UFSM*, Santa Maria, RS, v. 3, n. 1, p. 86-92, 2013.

AYERS, S.; EAGLE, A.; WARING, H. The effects of child birth related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol. Health Med.*, Abingdon, UK, v.11, n. 4, p.389-398, 2006.

BAILHAM, D.; JOSEPH, S. Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol. Health Med.*, Abingdon, UK, v. 8, n. 2, p. 159-168, 2003.

BITTAR, R.E.; PEREIRA, P.P.; LIAO, A.W. Prematuridade. In: ZUGAIB, M. (Org.). *Obstetrícia*. São Paulo: Manole, 2008. p. 645-666.

BLOOM, T.L.; BULLOCK, L.F.; PARSONS, L. Rural pregnant women's stressors and priorities for stress reduction. *Issues ment. Health nurs.*, New York, v. 33, n. 12, p. 813-819, 2012.

BLOOM, T. et al. Maternal stress exposures, reactions, and priorities for stress reduction among low-income, urban women. *J. Midwifery Womens Health*, New York, v. 58, n. 2, p. 167-174, 2013.

BORGHINI, A. et al. Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant Mental Health J.*, Tampere, Finlândia, v. 27, n. 5, p. 494-508, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à Saúde do Recém-Nascido. *Guia para os Profissionais de Saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, DF, 2011. v. 1.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo

seres humanos. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

CAMARNEIRO, A.F. et al. Interação mãe-bebê prematuro numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. *Acta Pediatr. Port.*, Lisboa, v. 40, n. 2, p. 53-57, 2009.

CORREA, S.M.B.B. *Probabilidade e estatística*. Belo Horizonte: PUC Minas Virtuais, 2003.

DAVIES, J. et al. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant mental health j.*, Tampere, Finlândia, v. 29, n. 6, p. 537-554, 2008.

DEL-BEN, C.M. et al. Test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV - Clinical Version (SCID-CV) translated into portuguese. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 156-159, 2001.

FEELEY, N. et al. Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Appl. Nurs. Res.*, Philadelphia, PA, v. 24, n. 2, p. 114-117, 2011.

FERRARI, A.G.; DONELLI, T.M. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, São Leopoldo, RS, v. 3, n. 2, p.106-112, 2010.

FIGUEIREDO, B. et al. Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebê. *Acta Pediatr. Port.*, Lisboa, v. 36, n. 2/3, p. 121-131, 2005.

FIGUEIREDO, B. et al. Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Matern. Child. Health J.*, New York, v. 13, n. 4, p. 539-549, 2009.

FORCADA-GUEX, M. et al. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatr.*, Burlington, Vermont, v. 118, n. 1, p. e107-e114, 2006.

FORCADA-GUEX, M, et al. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early hum. Dev.*, Amsterdam, v. 87, n.1, p. 21-26, 2011.

GARDNER, P.S. Previous traumatic birth: an impetus for requested cesarean birth. *J. Perinat. Educ.*, Washington, v. 12, n. 1, p. 1-5, 2003.

GOUTAUDIER, N. et al. Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *J. Reprod. Infant Psychol.*, Bristol, UK, v. 29, n. 4, p. 364-373, 2011.

HOLDITCH-DAVIS, D. et al. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, Philadelphia, PA, v.32, n. 2, p.161-171, 2003.

ISHIZAKI, Y.; NAGAHAMA, T.; KANEKO, K. Mental health of mothers and their premature infants for the prevention of child abuse and maltreatment. *Health*, [s.l.], v. 5, n. 34, p. 612-616, 2013.

KORJA, R.; LATVA, R.; LEHTONEN, L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, Copenhagen, v. 91, n. 2, p.164-173, 2012.

LINDBERG, B.; OHRLING, K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *Int. J. Circumpolar Health*, Finland, v. 67, n. 5, p.461-471, 2008.

MENDES, A.P.D.; GALDEANO, L.E. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Ciênc., Cuid. Saúde*, Maringá, PR, v. 5, n. 3, p. 363-371, 2008.

MODARRES, F. et al. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth*, Tehran, v. 12, n. 88, p. 1-6, 2012.

MONTEIRO, T.M.T.; SILVA, L.M.S.; SILVA, M.V.S. Reações de mães diante do nascimento de um filho prematuro. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 36-42, 2002.

MULLER-NIX, C. et al. Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Hum. Dev.*, Amsterdam v. 79, n. 2, p. 145-158, 2004.

OBEIDAT, H.M.; BOND, E.A.; CALLISTER, L.C. The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *J. Perinat. Educ.*, Washington, v. 18, n. 3, p. 23-29, 2009.

OLIVEIRA, M. et al. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, 2009.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Hospital Maternidade Jesus Nazareno. Recife, 2015. Disponível em: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretariaexecutiva-de-atencao-saude/hospital-jesus-nazareno>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

PIERRHUMBERT, B. et al. Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.*, London, v. 88, n. 5, p. 400-404, 2003.

RADES, E.; BITTAR, R.E.; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 655-662, 2004.

RAHKONEN, P. et al. Mother-child interaction is associated with neurocognitive outcome in extremely low gestational age children. *Scand. J. Psychol.*, Oslo, v. 55, n. 4, p. 311-318, 2014.

REYNOLDS, J.L. Post-traumatic stress disorder after childbirth the phenomenon of traumatic birth. *Can. Med. Assoc. J.*, Ottawa, v. 156, n. 6, p. 831-835, 1997.

RIGHETTI, P.L. et al. Maternal/paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasound technique: a preliminary report. *Br. J. Psychol.*, London, v. 96, n. 1, p. 129-137, 2005.

SHAW, R.J. et al. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, Oxford, v. 50, n. 2, p. 131-137, 2009.

SILVEIRA, M.F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 957-964, 2008.

SINGER, L.T. et al. Effects of infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of life. *J. Dev. Behav. Pediatr.*, McLean, VA, v. 24, n. 4, p. 233-241, 2003.

SITTA, E.I. et al. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 12, n. 6, p. 1059-1066, 2010.

SOET, J.E.; BRACK, G.A.; DILORO, C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, Berkeley, CA, v. 30, n. 1, p. 36-46, 2003.

TALMI, A.; HARMON, R.J. Relationships between preterm infants and their parents: disruption and development. *Zero to Three (J)*, Washington, v. 24, n. 2, p. 13-20, 2003.

TRONCHIN, D.M.R.; TSUNECHIRO, M.A. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 58, n. 1, p. 49-54, 2005.

WORD HEALTH ORGANIZATION. *Public health aspects of low birth weight*. Technical Report Series, n. 217. Geneva, 1961.

ZAMBALDI, C.F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E.B. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *J. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 58, n. 4, p. 252-257, 2009.

ZAMBALDI, Carla Fonseca. *Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático*. 2011. 132 f. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, 2011.

APÊNDICE A – FICHA DE TRIAGEM

Nº prontuário: _____

Nome da mãe: _____

IG: _____☐ < 37 semanas (Gravidez Pré-termo)☐ 37- 42 semanas (Gravidez a Termo)☐ >42 semanas (Gravidez Pós-Termo)**Idade:** _____☐ < 18☐ 19 |- 30☐ ≥ 30**Tempo de pós-parto:**☐ 40 a 45 dias☐ > 45 dias

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Convidamos a Sra. para participar, como voluntária, da pesquisa **“Avaliação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em puérperas, de recém-nascidos prematuros”**, que está sob a responsabilidade da Pesquisadora: Gabriela Arruda Reinaux Pontes, RG: 6614784, CPF: 050.056534-14, Cargo/Função: Aluno Mestrando, Fisioterapeuta, Conselho Regional Nº 124462-F, Endereço: Rua Leocânia Maria, 208, D-002, CEP: 55014-520, Nova Caruaru, Caruaru-PE, Tel.: (81)92450012, e-mail: garv.fisio@gmail.com e orientador: Amaury Cantilino da Silva Junior.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar a fazer parte do estudo, rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Em caso de recusa a Sra. não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Dada a importância das repercussões do parto sobre a saúde da mulher, surgiu a ideia desse estudo, que se justifica pela importância do diagnóstico precoce e consequente intervenção de suporte ou, até mesmo, de encaminhamento daquelas puérperas que porventura relatem algum tipo de transtorno emocional. Além disso, o estudo dá indícios de como as práticas obstétricas no parto, muitas vezes violentas e impositivas às mulheres, se relacionam com o aparecimento de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

De acordo com a Resolução 196/96 sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras e que trata de pesquisa com seres humanos, as mulheres participantes desta pesquisa terão como risco sofrer algum constrangimento ao falar sobre suas experiências traumáticas e como benefício ter apoio terapêutico no serviço de psicologia do Hospital Maternidade Jesus Nazareno em Caruaru-PE caso seja diagnosticada com EPT. O conhecimento sobre o EPT através das publicações científicas geradas a partir do projeto promoverá melhoria no atendimento das puérperas de parto prematuro e mais humanização no momento do parto.

Os dados coletados na pesquisa (entrevista e dados dos prontuários) serão armazenados no período de 5 anos e o responsável pela guarda dos dados será a pesquisadora responsável no endereço acima citado.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

_____ (assinatura do pesquisador)

Consentimento da participação da pessoa como sujeito:

Eu, _____ RG/_____
CPF/_____, abaixo assinado, concordo em participar da pesquisa **“Avaliação do Transtorno de Estresse Pós-Traumático em puérperas de recém-nascidos prematuros”**, como voluntária. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do participante ou do responsável legal:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar. 02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura

Nome: _____

Assinatura

APÊNDICE C – FICHA DE DADOS BIO-SOCIODEMOGRÁFICOS E OBSTÉTRICOS E DE PARTO

Nº prontuário: _____

Nome da mãe: _____

Dados Sociodemográficos

- o Idade: _____ () ≥ 18 () 19 |- 30 () ≥ 30
- o Escolaridade:
 - ensino fundamental () incompleto () completo
 - ensino médio () incompleto () completo ()
 - ensino superior
- o Estado civil: () casada () solteira () divorciada () viúva
- o Etnia: () Branca () Parda () Negra () amarela () indígena
- o Exerce trabalho remunerado ? () Sim () Não

Dados obstétricos e do parto:

- Nº de Gestação () única () múltipla
- Pré-natal de alto risco () sim () não
- Idade gestacional (semanas): _____
- Tipo de Parto: Pélvico () Cesário ()
- Durante a gestação teve apoio família/companheiro? () sim () não
- Ficou satisfeita com o atendimento recebido:
 - 1. No momento do parto? () Sim () Não
 - 2. No pós-parto? () Sim () Não
- Realiza o Método Canguru: () sim () não
- Fez algum tratamento psiquiátrico/psicológico durante a gestação:
 - () sim () não
- Teve problemas psiquiátricos/psicológicos pregressos a gestação:
 - () sim () não

APÊNDICE D – ARTIGO DE REVISÃO

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Recebido em 19/12/2013

Aceito para publicação em 26/02/2014.

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO RELACIONADO AO PARTO PREMATURO E VÍNCULO MÃE-BEBÊ: REVISÃO DE LITERATURA

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND RELATED TO PREMATURE BIRTH
AND MOTHER-INFANT BONDING: LITERATURE REVIEW

Gabriela Arruda Reinaux Pontes¹, Carla Fonseca Zambaldi² Amaury Cantilino³

¹ Fisioterapeuta. Mestranda, Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

² Psiquiatra da UFPE, Recife, PE. Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE

³ Psiquiatra. Coordenador, Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE. Doutorado na Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE.

RESUMO

Objetivo: Esta revisão da literatura tem como objetivo avaliar artigos científicos sobre o aparecimento de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) relacionado ao parto prematuro e relação no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê prematuro.

Métodos: Foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados PubMed, SciELO e LILACS com as expressões “Postpartum posttraumatic stress disorder”, “PTSD”, “Premature” e “Mother-Child Relation” entre os anos 1994 e 2013 em língua inglesa, francesa e portuguesa.

Resultados: Considerando os critérios de inclusão e de exclusão, foram selecionados 17 artigos para compor desta revisão, 9 artigos que relacionaram o surgimento de TEPT ao parto prematuro e 8 artigos da relação TEPT ao parto prematuro com alterações no vínculo mãe-bebê prematuro. Todos os estudos revisados relataram a sintomatologia do TEPT em mães de crianças prematuras. Os estudos analisados nesta revisão relatam que o nascimento de um bebê prematuro pode ser fator determinante para o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático e preditor para o TEPT relacionado ao parto. **Conclusão:** A experiência de um parto prematuro pode ser responsável pelo desenvolvimento de TEPT e influenciar o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Direções para pesquisas futuras são discutidas.

Palavras chaves: Transtorno de estresse pós-traumático; prematuridade; vínculo mãe-bebê

ABSTRACT

Objective: This literature review aims to evaluate scientific papers on the appearance of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) related to premature birth and relationship in the development of early mother-infant bonding. **Methods:** A survey was conducted in the following databases: PubMed, SciELO e LILACS with the " Postpartum posttraumatic stress disorder " " PTSD " , " Premature " and " Mother-Child Relation " expressions , between 1994 and 2013 in English, Frenchwoman and Portuguese. **Results:** Considering the criteria for inclusion and exclusion criteria, 17 articles were selected to compose this review, 9 articles reporting the emergence of PTSD premature birth and 8 articles of PTSD compared with preterm delivery with changes in preterm mother-infant bonding. All studies reviewed reported symptoms of PTSD in mothers of premature infants. The studies analyzed in this review reported that the birth of a premature baby can be crucial to the development of symptoms of post - traumatic stress predictor for PTSD related to the delivery factor. **Conclusion:** The experience of a premature birth may be responsible for the development of PTSD and influence the development of the mother-infant bonding. Directions for future research are discussed.

Keywords: post-traumatic stress disorder; prematurity; mother-infant bonding

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) se caracteriza pela exposição a um evento traumático seguido de revivência do trauma, esquiva e hiperexcitabilidade e emotional numbing⁽¹⁾.

Em 1994, com a 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais (DSM), os critérios da DSM além de relacionarem a natureza do acontecimento traumático em si, passaram a valorizar também a percepção e resposta do indivíduo ao evento traumático⁽¹⁾. Assim alguns eventos relacionados ao parto como, por exemplo: partos dolorosos, com procedimentos obstétricos de urgência e com assistência inadequada da equipe de saúde passaram a ser reconhecidos como potencialmente traumáticos⁽²⁾. Com isso o desenvolvimento do TEPT como consequência do parto pôde ser diagnosticado e mais bem estudado⁽⁴⁾.

A prevalência relatada de TEPT relacionado ao parto varia de 1,5% a 5,6%. O TEPT no pós-parto pode afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Sendo assim, precisa ser revestido de mais atenção tanto por parte dos clínicos como dos pesquisadores⁽³⁾.

O parto prematuro, segundo a OMS, é aquele que ocorre após a 20ª e antes da 37ª semana de gestação ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última

menstruação⁽⁵⁾. Em países industrializados, a prematuridade é responsável por 70% da mortalidade e 75% da morbidade neonatais⁽⁶⁾. No Brasil, as causas perinatais são responsáveis por 49,7% das mortes infantis, tendo aumentado para 53,6% e 55,4% nos anos de 2000 e 2003, respectivamente, conferindo à prematuridade um importante papel nos óbitos infantis e, portanto, necessitando de controle e manejo adequados a intervenções potencialmente efetivas para a redução desta mortalidade⁽⁷⁾.

Para os pais, o nascimento prematuro de uma criança pode representar um evento traumático para o qual estão mal preparados e entre 26% e 41% das mães que tiveram um nascimento prematuro relataram sintomas de estresse pós-traumático⁽⁸⁾. Até o momento, o foco de interesse científico tem sido as respostas maternas ao estresse psicológico, como ansiedade e depressão, ou em mecanismos de enfrentamento⁽⁹⁾.

Essa revisão se propõe a avaliar artigos disponíveis na literatura científica até o presente momento, sobre o aparecimento de TEPT relacionado ao parto prematuro e relação no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê prematuro.

MÉTODOS

Esta revisão procura fazer atualização sobre o aparecimento de TEPT relacionado ao parto prematuro e relação no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê prematuro. Os artigos consultados para elaboração deste texto foram selecionados a partir de busca nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os cruzamentos dos descritores: “Postpartum posttraumatic stress disorder” e “PTSD” com “Premature” e “Postpartum posttraumatic stress disorder” e “PTSD” com “Mother-Child Relation” e “Premature”, entre os anos 1994 e 2013 em língua inglesa, francesa e portuguesa. Livros, teses e outros artigos considerados relevantes citados no material consultado também foram incluídos.

Foram incluídos estudos quantitativos ou qualitativos, que tratassem sobre o TEPT relacionado ao parto prematuro e vínculo mãe-bebê prematuro, cujos critérios para evento traumático ou TEPT fossem baseados no DSM-VI em português ou inglês. Foram excluídos relatos de casos, artigos de revisão e aqueles que não discriminavam que TEPT no pós-parto estava relacionado com evento traumático do parto prematuro.

A seleção dos artigos encontrados com a busca nas diferentes bases de dados foi realizada em três etapas. Na primeira etapa, foi realizada a leitura dos títulos dos estudos encontrados. Foram excluídos aqueles que claramente não se enquadravam em qualquer um dos critérios de inclusão deste estudo.

Na segunda etapa, foi realizada a leitura dos resumos dos estudos selecionados na primeira etapa e, da mesma forma, foram excluídos aqueles que claramente não se adequavam a qualquer um dos critérios de inclusão preestabelecidos. Na terceira etapa, todos os estudos que não foram excluídos nessas duas primeiras etapas foram lidos na íntegra para seleção dos que seriam incluídos nesta revisão.

RESULTADOS

Dezessete artigos relevantes foram selecionados para o presente estudo, divididos em dois grupos, sendo 9 artigos que relacionaram o surgimento de TEPT ao parto prematuro e 8 artigos da relação TEPT ao parto prematuro com alterações

no vínculo mãe-bebê prematuro e foram pesquisados nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS.

Em relação aos artigos encontrados que relacionaram o surgimento de TEPT ao parto prematuro, na base de dados PubMed, foram encontradas 89 artigos cruzando os descritores “Postpartum posttraumatic stress disorder” e “PTSD” com “Premature”. Foram excluídos 64 artigos pelo título e 25 selecionados para leitura do resumo. Dezesesseis foram excluídos pelo resumo e 9 artigos foram selecionados para leitura na íntegra e incluídos nesta revisão por preencherem os critérios de inclusão, discriminados anteriormente. Sendo 2 artigos de estudo descritivo, 4 artigos de estudo transversal, 2 artigos de estudo longitudinal prospectivo e 1 artigo de estudo caso controle. Nas bases de dados SciELO, 40 artigos foram encontrados, onde 25 artigos foram excluídos pelo título, 15 excluídos por duplicidade. Nas bases de dados LILACS 43 artigos selecionados, 28 artigos foram excluídos pelo título; 15 excluídos por duplicidade(Fig.1).

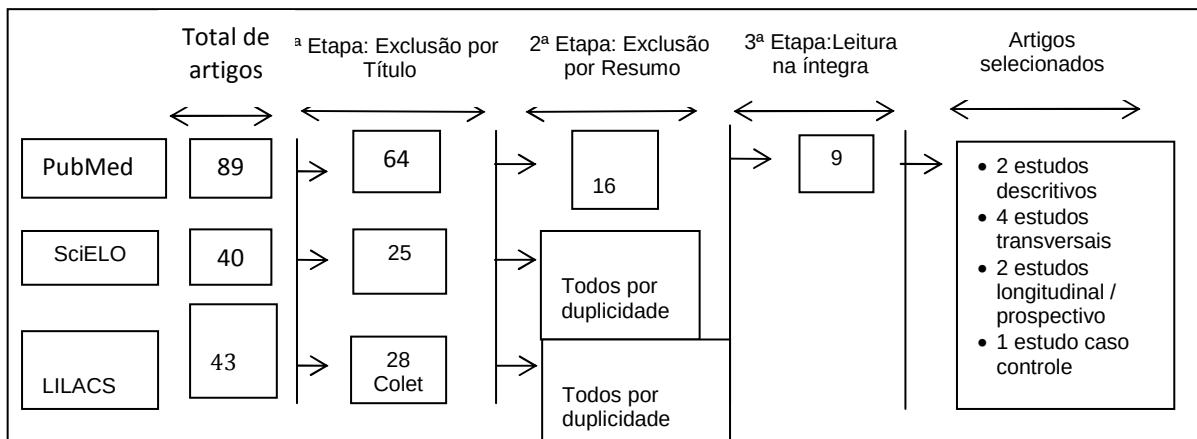


Figura 1: Fluxograma das etapas na seleção dos artigos que se relacionaram o surgimento de TEPT ao parto prematuro

Em relação aos artigos encontrados que relacionaram o TEPT relacionado ao parto prematuro com alterações no vínculo mãe-bebê prematuro, na base de dados PubMed, cruzando os termos “Postpartum posttraumatic stress disorder” com “Mother-Child Relation” e “Premature” foram encontrados 121 artigos, dos quais 85 excluídos pelo título, 26 selecionados para leitura do resumo. Destes 18 foram excluídos pelo resumo e 8 artigos foram selecionados para leitura na íntegra e incluídos nesta revisão por preencherem os critérios de inclusão, discriminados anteriormente. Sendo 6 artigos de estudo transversal, 1 artigo de estudo longitudinal prospectivo e 1 artigo de estudo caso controle. Nas bases de dados SciELO, 20 artigos foram encontrados, onde 5 artigos foram excluídos pelo título, 15 excluídos por duplicidade. Nas bases de dados LILACS 8 artigos selecionados sendo todos excluídos por duplicidade (Fig.2).

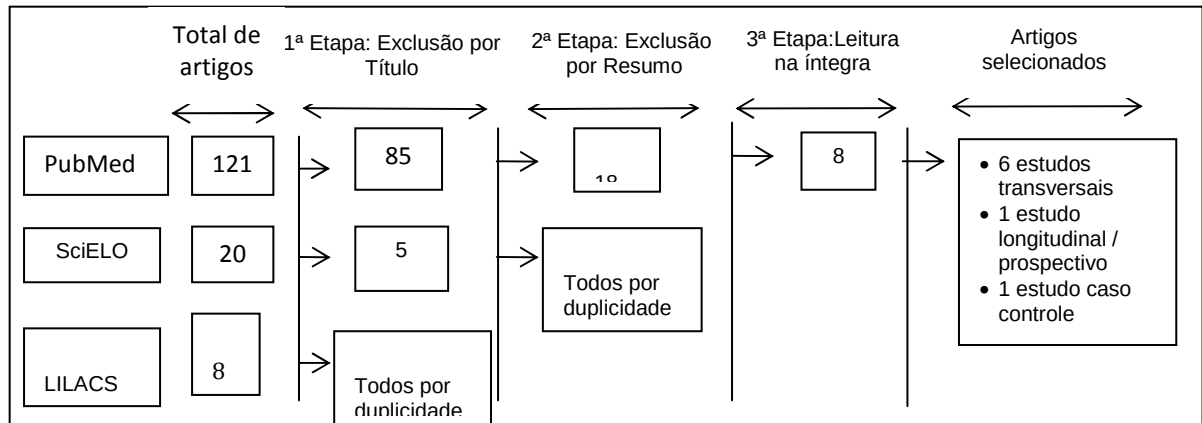


Figura 2: Fluxograma das etapas na seleção dos artigos da relação TEPT ao parto prematuro com alterações no vínculo mãe-bebê prematuro

Relação TEPT e Parto prematuro

Esta revisão encontrou 9 artigos que relacionaram o surgimento de TEPT ao parto prematuro (tabela 1), sendo 2 artigos de estudo descritivo^(10,11), 4 artigos de estudo transversal^(8,12,13,14), 2 artigos de estudo longitudinal prospectivo^(9,15) e 1 artigo de estudo caso controle⁽¹⁶⁾.

Tabela 1. Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Parto prematuro

Autores	Ano	Desenho	Nº de Participantes	Coleta de dados	Tempo para coleta	Resultados
Demier et al. ⁽¹⁰⁾	1996	Descritivo	50 mulheres com 6 semanas no pós-parto	Dados obstétricos sobre seis medidas de estressores perinatais.	3 meses pós-parto	As mães de bebês prematuros relataram significativamente mais sintomas de estresse pós-traumático do que as mães de recém-nascidos a termo.
Pierrhumbert et al. ⁽⁸⁾	2003	Transversal	50 famílias (mães e pais) de RN prematuros e 25 famílias de RN a termo (grupo controle)	PPQ e questionário para sintomas de TEPT.	18 meses pós-parto	6% do grupo controle e 67% das mães com RN prematuros apresentavam sintomas relacionado ao TEPT.
Holditch-Davis et al. ⁽¹¹⁾	2003	Descritivo	30 mães de RN prematuros de alto risco.	SCDI para TEPT	1 mês e 6 meses de idade corrigido para prematuridade pós-parto	O nascimento de um RN prematuro foi um preditor para o desenvolvimento de sintomas de TEPT.

Kersting, et al (9)	2004	Longitudinal e prospectivo	50 mães de RN prematturos com MBP e grupo controle com mães de RN saadáveis.	Entrevista sobre sintomas pós- traumáticos pós-parto.	sobre pós- no	Quatro pontos de medição de tempo (1-3 dias, 14 dias e 6 meses e 14 meses)	Mães de prematturos mostrou significativas taxas mais elevadas dos sintomas traumáticos em todos os pontos de tempo após o nascimento em relação ao grupo controle.
Jotzo & Poets ⁽¹⁶⁾	2005	Caso controle	25 mães no grupo intervenção e 25 mães de bebês prematturos em grupo controle	IES		7 meses de pós-parto	Uma intervenção preventiva pode minimizar o risco de TEPT como morbidade em mães com bebês prematturos em comparação com o grupo controle.
Shaw et al. (15)	2009	Longitudinal e prospectivo	18 pais	Questionário auto-relato	de	Com 2 a 4 semanas após a hospitalização do RN e 4 meses após o nascimento.	33% dos pais e 9% das mães preencheram os critérios de TEPT. O estudo sugere uma correlação positiva entre parto prematturo e presença de TEPT.
Goutaudier et al. ⁽¹³⁾	2011	Transverval	27 mulheres do sul da França	IES e EPDS		6 semanas pós-parto	O nascimento prematturo pode ser traumático e levar ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos
Modarres et al. ⁽¹²⁾	2012	Transversal	400 mulheres	Ficha de dadosocio-bio- demograficos e obstetricos.	de	6 a 8 semanas após o parto	218 mulheres (54,5%) tiveram um parto traumático e no geral, 80 mulheres (20%) foram diagnosticadas com TEPT. O trabalho de parto prematturo foi um dos fatores de risco citados no estudo.
Misund et al. (14)	2013	Transversal	Vinte e nove mães de 35 crianças prematturas	IES,GHQ e Inventário de Ansiedade Estado (IDATE -X1)	e	2 semanas após o parto (T0) , duas semanas após a internação (T1), 6 meses pós-termo (T2) , e 18 meses pós-termo (T3)	A prevalência de problemas de saúde mental materna manteve-se elevada , enfatizando a importância de intervenções eficazes .

TEPT: Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto; **IES:** Impact of Events Scale; **SCDI para TEPT:** Entrevista Semi-estruturada para TEPT; **PPQ:** Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire; **EPDS:** Edinburgh Postnatal Depression Scale; **RN:** recém-nascidos; **MBP:** muito baixo peso, **GHQ:** General Health Questionnaire.

Verificou-se que o TEPT relacionado ao parto está associado com baixo nível educacional, consultas pré-natais inadequadas, complicações da gravidez, intervalos de gravidez menores que dois anos, duração do trabalho e parto e cesariana de emergência, além da prematuridade^(9,12).

Em 1996 foram realizados os primeiros estudos sobre o TEPT relacionado ao parto prematuro. Inicialmente os estudos investigaram a relação entre o estresse de um parto de alto risco e o desenvolvimento de sintomas de TEPT nas mulheres. Concluiu-se que o nascimento de uma criança de alto risco pode ter consequências emocionais para a mãe do bebê e favorecer ao aparecimento do TEPT⁽¹⁰⁾.

Modarres *et al* (2012) num estudo transversal realizado em Bushehr, no Irã, durante um período de 3 meses, coletaram dados de 400 mulheres presentes em onze centros de saúde para o cuidado pós-natal com 6 a 8 semanas após o parto. O estudo de Modarres *et al* (2012) mostrou que o parto prematuro está associado ao TEPT no pós-parto⁽¹²⁾.

Num estudo sobre os resultados a longo prazo de saúde mental e da prevalência de reações de ansiedade, depressão e reações pós-traumático de estresse ao parto e TEPT em mulheres em situação de parto prematuro, se identificou que a prevalência de reações pós-traumático de estresse e TEPT entre parto e pós-parto foi de 52 % e 23%, respectivamente⁽¹⁴⁾.

Outros autores, em estudo longitudinal e prospectivo, procuraram analisar a prevalência de TEPT em pais (pai e mãe) de bebês prematuros e a relação de TEPT e sintomas de transtorno de estresse agudo (TEA) e depressão. Eles responderam questionários de auto-relato em dois pontos temporais, inicialmente a 2 a 4 semanas após a hospitalização de seu bebê e mais uma vez 4 meses após o nascimento. Na amostra, 33% dos pais e 9% das mães preencheram os critérios de TEPT. Sintomas TEA foram significativamente correlacionados tanto com TEPT como com depressão⁽¹⁵⁾.

Holditch-Davis *et al* (2003) em estudo descritivo realizado com 30 mulheres que tiveram seus bebês prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) através de entrevista semi-estrutura analisaram a presença de três sintomas relacionados ao TEPT: revivência, esquiva e aumento da excitação. Todas as mães entrevistadas tinham pelo menos um sintoma pós-traumático relacionado ao TEPT, 12 tinham dois desses sintomas e 16 tiveram os três sintomas. O estudo relatou que o nascimento de um bebê prematuro pode ser fator determinante para o desenvolvimento de sintomas de estresse pós-traumático e preditor para o TEPT relacionado ao parto⁽¹¹⁾.

Goutaudier *et al* (2011) também destacam que o nascimento prematuro pode ser traumático e levar ao desenvolvimento de sintomas psicopatológicos, como o TEPT e depressão pós-parto. Além disso, este estudo sugere a necessidade de desenvolver um apoio específico com foco na troca de experiências e de prevenção⁽¹²⁾. Em outro estudo observou-se que 67% das mães de bebês prematuros comparadas com 6% do grupo controle (mães de bebês a termo) apresentaram sintomas para o TEPT após o nascimento de seu filho⁽¹³⁾.

A situação de uma mãe que deu à luz um bebê prematuro é muito complexa e esse evento traumático perdura por longo tempo, necessitando de apoio emocional para além do período imediatamente após o nascimento⁽⁹⁾. Jotzo e Poets (2005) demonstraram que uma intervenção preventiva, através de palestras educativas,

pode minimizar significativamente o risco de TEPT como morbidade em mães com bebês prematuros em comparação com o grupo controle⁽¹⁶⁾.

Relação TEPT e vínculo mãe-bebê prematuro

Foram encontrados 8 artigos que relacionaram o TEPT relacionado ao parto prematuro com alterações no vínculo mãe-bebê prematuro (Tabela 2), sendo 6 artigos de estudo transversal^(17, 18, 19, 20, 21, 22), 1 artigo de estudo longitudinal prospectivo⁽²³⁾ e 1 artigo de estudo caso controle⁽²⁴⁾.

Tabela 2. Relação Transtorno de Estresse Pós-Traumático e vínculo mãe/bebê prematuro

Autores	Ano	Desenho	Nº de Participantes	Coleta de dados	Tempo para coleta	Resultados
Muller-nix et al ⁽²³⁾	2004	Longitudinal Prospectivo	47 mães de RN's prematuros e 25 RN's a termo	PPQ, Care Index e PERI	Quando RN's estavam com 6 meses e 18 meses de idade corrigida.	Interferências na relação mãe-bebê nas mães de RN prematuros e evidências da presença do TEPT, nesse grupo.
Davies et al ⁽¹⁹⁾	2008	Transversal	211 mulheres no pós-parto,	SCID-TEPT, PTSDQ, IES; MORS-SF, ICQ; MPAS	6 semanas para sintomas de TEPT.	Os sintomas de estresse pós-traumático podem influenciar negativamente a relação do vínculo mãe-bebê em desenvolvimento.
Forcada-guex et al ⁽¹⁸⁾	2011	Transversal	47 RN's pré-termo e 25 RN's a termo	PTSDQ e Care Index	6 meses de idade corrigida	O nascimento de RN prematuro afeta tanto as características de vínculo mãe-bebê e as representações maternas de apego com o RN quando comparadas ao RN a termo.
Feeley et al ⁽²⁴⁾	2011	Caso controle	21 mães de RN prematuros de muito baixo peso ao nascer	SCID-TEPT e Escala Bonding mae/bebê	4 semanas pós-parto	Mães menos sensíveis e com mais sintomas de TEPT tinham dificuldades na estruturação interação com seu bebê.
Shaw et al. ⁽²²⁾	2013	Transversal	30 mães de RN prematuros	PTSQ e Escala Bonding mae/bebê	2 meses pós-parto	Intervenções parecem ser eficazes para reduzir os sintomas do TEPT e aumentar as interações mãe-bebê.
Gangi et al. ⁽¹⁷⁾	2013	Transversal	8 casais, um pai solteiro e 14 mães acompanhados durante 8 meses.	ASD, PTSDQ, Escala do Ambiente Familiar e um auto-relato.	8 meses pós-parto	O cuidado de RN prematuros na UTIN deve ser considerado um objetivo primordial para evitar alterações no vínculo mae/bebe e TEPT.
Morisod-Harari M, et al ⁽²⁰⁾	2013	Transversal	51 RN prematuros e 25 a termo (grupo controle)	PSS:NUCI e PPQ	> 8 dias de hospitalizaçã o	Sintomas de estresse pós-traumático poderiam ter um impacto negativo sobre a qualidade das interações mãe-bebê.
Muzik et al ⁽²¹⁾	2013	Transversal	mulheres com abuso infantil e histórias de negligência (n = 97) e grupo de controle saudável (n = 53)	BQ	6 meses pós-parto	Efeitos adversos da depressão pós-parto materna e TEPT em vínculo mãe -bebê em pós-parto em mulheres com abuso infantil e negligência histórias .

TEPT: Transtorno de estresse pós-traumático pós-parto; **PPQ:** Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire; **CARE INDEX:** escala de interação mãe-bebê; **PERI:** Risk Inventory; **IES:** Impact of Events Scale; **PTSDQ:** Questionário para TEPT; **MORS-SF:** Between the Mothers Object Relations – Short Form; **ICQ:** Infant Characteristics Questionnaire; **MPAS:** Maternal Postnatal Attachment Scale; **SCDI para TEPT:** Entrevista Semi-estruturada para TEPT ; **ASD:** Acute stress disorder; **PSS:NICU:** Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit; **RN:** recém-nascidos, **BQ:** Bonding Questionnaire.

Dentre os fatores de risco para o vínculo mãe-bebê prejudicado destaca-se a doença do recém-nascido (RN) ao nascer, prematuridade do RN e gravidez indesejada^(19,24). Outros estudos levantam a hipótese de que as representações do vínculo mãe-bebê seriam alteradas principalmente durante os primeiros meses após a alta hospitalar devido ao estresse psicológico gerado aos pais, principalmente nas mães, confrontados com o nascimento prematuro do seu filho^(20,23).

Destaca-se a necessidade de fornecer cuidados especiais para as mulheres internadas no hospital depois do parto de seu bebê prematuro. Este grupo está em alto risco de apresentar sintomas de TEPT, que poderiam ter um impacto negativo sobre a qualidade das interações mãe-bebê⁽²⁰⁾.

Da mesma forma, outros estudos demonstraram que a alteração no papel dos pais e uma história de ansiedade têm um papel crucial no desenvolvimento do TEPT em pais de RN's prematuros. Familiarização com o ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal e o envolvimento precoce dos pais e, especialmente, das mães no cuidado neonatal, em particular se o risco de ansiedade é consistente, deve ser considerado um objetivo primordial para prevenir o TEPT⁽¹⁷⁾.

Usando o trabalho de parto como critério estressor, Davies et al (2008), avaliaram 211 mulheres no pós-parto com seis semanas para sintomas de TEPT analisando as percepções de seus filhos, do apego entre mãe-bebê e as características comportamentais do RN. Em suma, 3,8% das mulheres preencheram os critérios diagnósticos completos para TEPT, e mais 21,3% relataram sintomas clinicamente significativos em pelo menos uma dimensão de TEPT. O estudo demonstrou que os sintomas de estresse pós-traumático relacionadas com o trabalho de parto podem influenciar negativamente a percepção materna a respeito do seu RN, tendo isso potencialmente implicações adversas para a relação do vínculo mãe-bebê em desenvolvimento⁽¹⁹⁾.

O estudo correlacional de Feeley et al (2011) analisou como sintomas de TEPT estão relacionados às características da mãe e seu bebê, bem como à interação mãe-bebê. O fator da internação do bebê na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal foi relacionado pelas mães com sintomas de TEPT e mães com mais sintomas de TEPT eram menos sensíveis e eficazes na estruturação da interação com seu bebê⁽²⁴⁾.

Outras pesquisas destacam os efeitos adversos da depressão pós-parto materna e TEPT em vínculo mãe-bebê em pós-parto em mulheres com abuso infantil e negligência histórias. Os resultados destacam a necessidade crítica para a detecção precoce e tratamento eficaz da doença mental no pós-parto, a fim de evitar que pais problemáticos e para o desenvolvimento das relações mãe-bebê perturbados⁽²¹⁾.

Muller-Nix et al (2004) realizaram estudo prospectivo em 47 mães de recém-nascidos (RN's) prematuros e 25 RN's a termo quando estavam com 6 meses e 18 meses de idade corrigida para avaliar a relação entre o estresse materno e a qualidade da interação pais-bebê. O nível de estresse materno foi avaliado com o questionário de estresse Perinatal Pós-Traumático (PPQ) e fatores de risco perinatais da criança foram avaliados com o Perinatal Risk Inventory (PERI), um inventário de risco perinatal e Care Index- Mother-Child Play Interaction, uma escala para verificar a interação mãe-bebê. O estudo verificou que o comportamento de interação do RN prematuro era diferente da do RN a termo, aos 18 meses de idade e foi correlacionada com o estresse traumático materno. Estes resultados sublinham

a importância da experiência traumática materna relacionada com o nascimento prematuro e sua influência duradoura sobre o comportamento do potencial de interação mãe-bebê⁽²³⁾.

Em estudo similar, Forcada-Guex *et al.* (2011) procuraram explorar as ligações entre estresse pós-traumático materno, representações de apego materno do bebê e as interações mãe-bebê. Eles verificaram que o nascimento prematuro afeta tanto características de interação mãe-bebê e representações maternas de apego com o bebê. Em particular, mães de prematuros com intensos sintomas de estresse pós-traumático eram mais propensas a seguir um padrão controlador de interação, com representações maternas mais distorcidas. Com isso, é importante analisar o impacto do estresse pós-traumático materno sobre a relação pais-bebê, a fim de planejar as intervenções preventivas, de apoio no período neonatal e evitar que a mãe desenvolva o TEPT⁽¹⁸⁾.

Um estudo quantitativo observou que a intervenção psicoterapêutica (terapia cognitiva comportamental) e psicoeducacional (palestras) oferecidos aos pais de RN's da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal podem prevenir ou minimizar o desenvolvimento de sintomas de distúrbios psicológicos nos pais, incluindo sintomas de ansiedade, depressão e TEPT e aumentar as interações mãe/bebê. Embora esses resultados tragam boas perspectivas como proposta de tratamento dos distúrbios psicológicos nos pais é necessários estudos futuros para reproduzir estes mesmos resultados com uma amostra maior e com comparação entre grupos distintos⁽²²⁾.

DISCUSSÃO

Ter um RN internado na UTIN é um acontecimento inesperado e traumático^(11, 22). O desconforto emocional resultante do nascimento prematuro e da hospitalização da mãe e do bebê na UTIN pode ser entendido como uma resposta pós-traumática ao estresse, pois está relacionada a risco de vida da mãe e de seu bebê (critério A1 da DSM-IV-TR)^(8,9,14).

Os estudos sugerem uma correlação positiva entre parto prematuro e presença de TEPT^(17, 18, 19, 20, 22) e que este fator também pode influenciar a relação mãe/bebê^(22, 25).

Sabe-se que a ligação materno-fetal existe desde o início da gravidez e se intensifica gradualmente com o desenvolvimento da gestação. As mudanças hormonais, a percepção dos movimentos fetais e, sobretudo, o contato com o bebê após o parto condicionam esta relação⁽²⁵⁾. No entanto, além de dimensões biológicas, a presença de sintomatologia psicopatológica pré-existente e o estilo de interação precoce mãe-bebê podem influenciar no desenvolvimento da vinculação mãe-bebê^(20, 23).

Dentre os fatores de risco para o vínculo mãe-bebê prejudicado pode-se destacar a doença do RN ao nascer, prematuridade e a gravidez indesejada⁽²⁶⁾. A relação de peso ao nascer do RN prematuro também foi fator potencial para desenvolvimento do TEPT nas mães após o nascimento de um RN de extremo baixo peso (<1000g)⁽²⁷⁾.

Borghini *et al* (2006) levantaram a hipótese de que as representações do vínculo mãe-bebê seria alterada durante os primeiros meses após a alta hospitalar devido ao estresse psicológico gerado aos pais, principalmente nas mães, confrontados com o nascimento prematuro do seu filho⁽²⁸⁾.

Nos momentos seguintes ao parto verifica-se uma predisposição dos pais para com o bebê designada por *bonding* ⁽²⁹⁾. Este termo foi introduzido em 1976 por Klaus e Kennell e define-se se como um processo de envolvimento emocional com o filho, ou seja, ao vínculo estabelecido entre mãe e bebê construído a partir da gravidez, privilegiando os primeiros momentos de interação que se seguem o nascimento ⁽²⁹⁾.

O nascimento de RN prematuro afeta tanto as características de vínculo mãe-bebê e as representações maternas de apego com o RN. É comum o prejuízo na relação com o RN, tornando-se distante e pouco interativa com o bebê ou tendo dificuldades no aleitamento. Com isso, é importante analisar o impacto do TEPT materno na relação mãe-bebê, a fim de planejar as intervenções preventivas, de apoio no período neonatal ⁽¹⁸⁾.

Neste sentido, alguns autores referem que um contato precoce de pelo menos trinta a sessenta minutos entre a mãe e o bebê estimula o *bonding* entre os dois. Contudo, outros autores são da opinião que o *bonding* é antes um processo gradual, que se intensifica ao longo do primeiro ano de vida, dado ser um processo interativo entre a tríade ⁽²⁹⁾.

O RN prematuro permanece, muitas vezes, muito tempo longe de sua mãe ao nascer por necessitar de tratamentos especiais na UTIN e sofrendo risco de vida. Esses fatores além de diminuírem o vínculo do binômio mãe-bebê, também pode levar ao desenvolvimento de condições psicopatológicas na mãe como transtornos de Ansiedade, Depressão e TEPT ^(13, 17, 30).

O desenvolvimento psicossocial do bebê pode também ser influenciado pelas condições psicopatológicas pré-existentes sofridas pela mãe e são muitas vezes consideradas como um fator de risco para o abuso de crianças e maus-tratos na vida adulta ^(13, 27).

Muller-Nix et al (2004) destacam que tanto a doença emocional materna pré-existente, como o TEPT e a depressão pós-parto, quanto uma menor sensibilidade afetiva da mãe com o seu bebê podem perturbar o desenvolvimento de uma ligação saudável. Os sentimentos maternos negativos podem impedir o estabelecimento de uma relação mãe-bebê bem equilibrada e pode ser a fonte principal de dificuldades no desenvolvimento do vínculo ⁽²³⁾.

Outros estudos também sugerem que a percepção materna do parto prematuro como uma experiência traumática e subsequente desenvolvimento de sintomas de estresse maternal são fundamentais para o surgimento do TEPT ⁽³¹⁾.

A presença de sofrimento psicológico materno no pós-parto como o TEPT pode exercer um efeito nocivo sobre o desenvolvimento do RN, podendo influenciar o potencial de desenvolvimento comportamental e emocional na infância do bebê mais tarde ^(32, 33).

CONCLUSÃO

O nascimento prematuro é uma fonte significativa de estresse para a mãe e tanto o momento do parto, quanto o ambiente da UTIN tem um papel crucial no desenvolvimento do TEPT e alterações no vínculo mãe-bebê. No entanto, ainda há dificuldades em se estabelecer o diagnóstico diferencial de transtornos psicopatológicos no pós-parto devido à falta de coleta de dados sobre percepções e experiências das mulheres no momento do parto, nos cuidados pós-parto e apoio recebido.

A presença de sofrimento psicológico materno no pós-parto como o TEPT, pode exercer um efeito nocivo sobre o desenvolvimento do RN, podendo influenciar o potencial de desenvolvimento comportamental e emocional na infância do bebê mais adiante. Além disso, o TEPT no pós-parto pode afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Sendo assim, precisa ser revestido de mais atenção tanto por parte dos clínicos como dos pesquisadores.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Todos os autores do manuscrito contribuíram significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e revisaram criticamente o seu conteúdo intelectual e aprovaram sua versão final para ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSES

Todos os autores do manuscrito afirmam que não tem qualquer conflito de interesse com o tema abordado no artigo, nem com os produtos/itens citados. Declaram que o artigo citado acima é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, não foi enviado a outro periódico científico e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

REFERÊNCIAS

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th edn revised. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
- 2- Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91: 1261-1272.
- 3- Bailhan D, Joseph S. Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychol Health Med*. 2003;8(2):159-68.
- 4- Cantilino A, et al. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiq Clín*. 2010;37(6):278-84.
- 5- Rodrigues LDS, Batista RFL, Sousa ACVD, Cantanhede JG, Costa, C. Caracterização dos recém-nascidos pré-termos nascidos em São Luís do Maranhão no período de 2006 a 2010: análise do SINASC. *Cadernos de Pesquisa*. 2013; 19(3).
- 6- Cascaes AM, Gauche H, Baramarchi FM, Borges CM, Peres KG. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(5):1024-32
- 7- Silveira MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):957-64.

- 8- Pierrhumbert B., Nicole A., Muller–Nix C., Forcada–Guex M., Ansermet, F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood and Fetal and Neonatal Education*. 2005; 88: 400–404.
- 9- Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Ludorff K, Witthaut J, Ohrmann P, et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant: Stress, fibromyalgia, and sleep. *Journal of psychosomatic research*. 2004;57(5): 473-476.
- 10- DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *Journal of Perinatology*. 1996; 16(4): 276.
- 11-Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Shandor Miles, M. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2003; 32(2), 161-171.
- 12-Modarres M, Afrasiabi S, Rahnama P, Ali Montazeri. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:88.
- 13-Goutaudier N, Lopez A, Séjourné N, Denis A, Chabrol H. Premature birth: subjective and psychological experiences in the first weeks following childbirth, a mixed-methods study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2011; 29(4): 364-373
- 14-Misund AR., Nerdrum P, Bråten, S, Pripp AH, Diseth TH. Long-term risk of mental health problems in women experiencing preterm birth: a longitudinal study of 29 mothers. *Annals of general psychiatry*. 2013 12(1), 33
- 15-Shaw RJ, Bernard RS, DeBlois T, Ikuta LM, Ginzburg K, Koopman C. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*. 2009; 50(2): 131-137
- 16-Jotz M, Poets C. Helping parents cope with the trauma of premature birth: An evaluation of a trauma–preventive psychological intervention. *Pediatrics*. 2005;115: 915–919
- 17-Gangi S, Dente D, Bacchio E, Giampietro S, Terrin G, De Curtis M. Posttraumatic Stress Disorder in Parents of Premature Birth Neonates. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013; 82, 882-885
- 18-Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother–infant relationship. *Early human development*. 2011; 87(1): 21-26
- 19-Davies J, Slade P, Wright I, Stewart P. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant mental health journal*. 2008; 29(6), 537-554
- 20-Morisod-Harari M, Borghini A, Hohlfeld P, Forcada-Guex M, Muller-Nix C. Influence of prenatal hospitalization on parental stressful experience in the case of a premature birth. [J Gynecol Obstet Biol Reprod](#). 2013; 42(1):64-70
- 21-Muzik M, Bocknek E L., Broderick A, Richardson P, Rosenblum KL, Thelen K., Seng, JS. Mother–infant bonding impairment across the first 6 months postpartum: the primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. *Archives of women's mental health*. 2013;16 (1), 29-38
- 22- Shaw RJ, Sweester CJ, St John N, Lilo E, Corcoran JB, Jo Booil et al. Prevention of Postpartum Traumatic Stress in Mothers with Preterm Infants: Manual Development and Evaluation. *Issues in mental health nursing*. 2013; 34(8), 578-586

- 23-Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Jaunin J, Borghini A, Ansermet F. Prematurity, maternal stress and mother–child interactions. *Early human development*. 2004; 79(2): 145-158
- 24-Feeley N, Zelkowitz P, Cormier C, Charbonneau L, Lacroix A, Papageorgiou, A. Posttraumatic stress among mothers of very low birthweight infants at 6 months after discharge from the neonatal intensive care unit. *Applied Nursing Research*. 2011; 24(2): 114-117
- 25-Samorinha C, Figueiredo B, Cruz JM. Vinculação pré-natal e ansiedade em mães e pais: impacto da ecografia do 1º trimestre de gestação. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2009; 10(1): 17-29
- 26- Mendes APD, Galdeano LE. Percepção dos enfermeiros quanto aos fatores de risco para vínculo mãe-bebê prejudicado. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2008; 5(3): 363-371
- 27-Zerach G, Elsayag A, Shefer S, Gabis L. Long-Term Maternal Stress and Post-traumatic Stress Symptoms Related to Developmental Outcome of Extremely Premature Infants. *Stress and Health*. 2013
- 28-Borghini A, Pierrehumbert B, Miljkovitch R, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Mother's attachment representations of their premature infant at 6 and 18 months after birth. *Infant mental health journal*. 2006; 27(5): 494-508
- 29-Figueiredo B, Costa RA, Marques, A., Pacheco, A. P., Pais, A. Envolvimento emocional inicial dos pais com o bebê. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2005; 36 (2/3): 121-131
- 30-Ishizaki Y, Nagahama T, Kaneko K. Mental health of mothers and their premature infants for the prevention of child abuse and maltreatment. *Health*. 2013; 5: 612-616
- 31-Suttora C, Spinelli M, Monzani D. From prematurity to parenting stress: The mediating role of perinatal post-traumatic stress disorder. *European Journal of Developmental Psychology*. 2013; 1-16
- 32-Schmücker G., Brisch K. H, Köhntop B, Betzler S, Österle M, Pohlandt F, et al. The influence of prematurity, maternal anxiety and infants' neurobiological risk on mother–infant interactions. *Infant Mental Health Journal*. 2005; 26(5): 423-441
- 33-Morrell J, Murray L. Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003; 44(4): 489–508

APÊNDICE E – ARTIGO ORIGINAL

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Recebido em 15/7/2014

Aceito para publicação em 10/11/2014

A INFLUÊNCIA DO NASCIMENTO PREMATURO NO VÍNCULO MÃE-BEBÊ

THE INFLUENCE OF PREMATURE BIRTH IN MOTHER-BABY RELATIONSHIP

PARTO PREMATURO E VÍNCULO MÃE-BEBÊ

PREMATURE BIRTH AND MOTHER-BABY RELATIONSHIP

Gabriela Arruda Reinaux Pontes ^{1(*)}, Amaury Cantillino ²

¹ Fisioterapeuta. Mestranda, Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

² Psiquiatra. Coordenador, Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE. Doutorado na Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE.

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem como objetivo analisar a relação entre o parto vivenciado como traumático em decorrência da prematuridade e o vínculo mãe-bebê. **Métodos:** Um questionário de dados bio-sócio-demográficos (idade, escolaridade, raça, estado civil, trabalho), obstétricos e do parto elaborada pela própria pesquisadora com variáveis categóricas foi utilizado para a caracterização dos dados maternos. Uma entrevista clínica estruturada foi aplicada para caracterizar o parto prematuro como traumático utilizando o Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) – Critério A e a escala de Ligação mãe-bebê, validada na literatura na versão portuguesa, para avaliar o vínculo mãe-bebê prematuro. **Resultados:** O parto prematuro foi tomado como traumático em 43 (71,7%) das puérperas analisadas. O sentimento de ligação materna “Triste” e a variável se a pesquisada trabalhava ou não foram às únicas que mostraram associação significativa com a ocorrência do parto prematuro traumático. **Conclusão:** O parto prematuro pode ser considerado uma experiência traumática para a mãe e pode influenciar negativamente o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê. Direções para pesquisas futuras são discutidas.

Palavras chaves: Parto traumático. Prematuridade. Vínculo mãe-bebê.

ABSTRACT

Introduction: This study aims to analyze the relationship between birth trauma as a result of prematurity and the mother-baby bond associated with premature birth. **Methods:** A survey of bio-socio-demographic data (age, education, race, marital status, work), obstetric and childbirth developed by the researcher with categorical variables was used to characterize the maternal data. A structured clinical interview was used to characterize premature birth as traumatic using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) - The Criterion and the scale of mother-child connection, validated in the literature in the English version, for assess the mother-baby bond premature. **Results:** The premature birth was taken as traumatic in 43 (71.7%) of the mothers studied. The feeling of maternal link "Sad" and the variable if the searched worked or were not the only ones that showed significant association with the occurrence of premature birth trauma. **Conclusion:** Premature birth can be considered a traumatic experience for mother and can influence the development of mother-infant bonding adversely. Directions for future research are discussed.

Key words: Birth traumatic. Prematurity. Mother-baby relationship.

INTRODUÇÃO

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da 3ª edição (DSM-III) contempla três situações em que o trauma pode ser experimentado: quando ele é sofrido pelo próprio indivíduo, quando o indivíduo presencia o evento e quando toma conhecimento por outras fontes. Com a 4ª edição (DSM-IV) houve uma ampliação do conceito da natureza estressora e uma valorização maior da percepção e resposta da pessoa a este evento ¹.

Para a 5ª edição do DSM (DSM-V) algumas modificações conceituais foram propostas, em um primeiro esboço do manual ². O conceito de trauma sofreu alterações no critério A1 e extinguiu o critério A2 e dessa maneira, na nova proposta, tal critério vem com a intenção de facilitar a distinção entre evento traumático e evento estressor sem características traumáticas ².

O DSM-V contempla três situações em que o trauma pode ser experimentado como evento traumático: quando ele é sofrido pelo próprio indivíduo, quando o indivíduo presencia o evento e quando toma conhecimento por outras fontes associado a uma valorização maior da percepção e resposta da pessoa a este evento traumático ².

O parto traumático é definido como um evento ocorrido durante o trabalho de parto e no parto que envolve real ou temida lesão física ou morte da mulher ou do recém-nascido, durante o qual a puérpera experimenta medo intenso, pavor e horror ³.

A Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas definem o nascimento prematuro como sendo aquele que ocorre antes ou no final da 37ª semana de idade gestacional (IG) (37 semanas completas ou 258 dias), contadas a partir da data da última menstruação normal ³.

Cerca de 10 % dos partos no Brasil são prematuros e responsáveis por 75% das mortes neonatais ⁴.

Pode-se destacar que, dentre os fatores potencialmente traumáticos, o impacto do parto prematuro dificulta a elaboração da separação do momento do parto, uma vez que frustra a expectativa da imediata relação mãe-bebê ⁵. O parto traumático relacionado a prematuridade também poderá afetar a decisão da mãe quanto a ter outros filhos no futuro, além de interferir na lactação e no desenvolvimento do vínculo mãe-bebê ⁶.

A mulher enfrenta uma série de dificuldades que eram inesperadas para ela e, dentre essas situações, lidar com um recém-nascido (RN) que pode não sobreviver, que pode não reconhecer como seu com a destituição da tarefa materna de cuidar do seu filho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ⁶. Considerando que algumas dessas mães vivenciarão essas situações como estressores traumáticos, em estudos se verificou que entre 6% e 41% das mães que tiveram um nascimento prematuro relataram sintomas de estresse pós-traumático ⁷.

Com o avanço das tecnologias na UTIN, oferecendo subsídios para o atendimento cada vez mais especializado nos aspectos biológicos do RN, e a assistência multiprofissional prestada, se tem aumentado a sobrevivência do RN prematuro ⁸. No entanto, a hospitalização do RN prematuro na UTIN ainda desperta nos pais sentimentos de medo, angústia e impotência perante o risco de vida que corre o RN ⁹.

O longo período de hospitalização do RN interfere negativamente no desenvolvimento das habilidades da mãe na prestação dos cuidados com o prematuro e conseqüentemente na formação da ligação mãe-bebê ¹⁰. O sofrimento psicológico materno no pós-parto também pode exercer um efeito nocivo sobre o desenvolvimento infantil, e exacerbar dificuldades comportamentais e emocionais na infância do bebê no futuro ¹¹.

Em estudo se verificou que entre 26% e 41% das mães que tiveram um nascimento prematuro relataram sintomas de estresse pós-traumático ⁷. Sendo assim, precisa ser revestido de mais atenção tanto por parte dos clínicos como dos pesquisadores.

A qualidade da relação precoce mãe-bebê também tem sido apontada como um dos fatores que podem agravar ou amenizar o impacto potencialmente negativo de parto prematuro, especialmente quanto aos posteriores competências e desenvolvimento da criança ⁸.

Em virtude das repercussões do parto prematuro sobre a saúde da mulher e sobre a relação mãe-bebê, e diante da escassez de pesquisas latino-americanas relacionadas ao assunto, evidencia-se a importância de realizar estudos nesse contexto ¹². Este estudo analisa a relação entre o parto vivenciado como traumático em decorrência da prematuridade (Critério A) e a relação do vínculo mãe-bebê.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo Inferencial transversal, realizado no Hospital Maternidade Jesus Nazareno, em Caruaru-PE. A maternidade é considerada referência regional no atendimento a uma clientela de baixa renda e caracterizada como de alto risco. A coleta dos dados da pesquisa foi realizada no período de agosto de 2013 a abril de 2014.

Os sujeitos da amostra foram recrutados por conveniência no Hospital Maternidade Jesus Nazareno em Caruaru-PE e compreendeu de todas as mulheres

que se encontravam em torno de 40 a 45 dias de pós-parto, RN ter nascido com idade gestacional (IG) < 37 semanas, caracterizando um parto prematuro, e estavam internadas junto com o RN no hospital em questão.

O procedimento experimental iniciou-se com a triagem onde foi solicitada à direção do sistema de arquivos médicos e estatísticos (SAME) do hospital uma permissão para coletar nos prontuários dados sobre a mãe e o RN. Apenas foram registradas anotações referentes ao formulário da ficha de triagem elaborada pela pesquisadora onde era discriminado o código do prontuário do RN e nome da mãe, mantendo sigilo sobre qualquer informação retirada.

Após a triagem das mulheres, foram expostos os objetivos do estudo com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e obtenção da concordância por meio da assinatura em duas vias deste termo para realização da pesquisa.

A coleta de dados se fez através de entrevista, conduzida pela pesquisadora do estudo, com as mulheres selecionadas na triagem para o estudo. Utilizou-se uma ficha de dados bio-sócio-demográficos (idade, escolaridade, raça, estado civil, trabalho), obstétricos e do parto elaborada pela própria pesquisadora com variáveis categóricas para a caracterização dos dados maternos; aplicação de parte do Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) para TEPT – subitem Critério A; aplicação da escala de Ligação mãe-bebê validada na literatura na versão portuguesa, através da abordagem das mulheres com a técnica de entrevista.

Foram excluídas aquelas mulheres que não responderam a todos os instrumentos da pesquisa ou se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para caracterizar o parto prematuro como traumático para mulheres foi utilizado parte do Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) para TEPT: subitem Critério A. Ele é uma entrevista clínica estruturada com variáveis categóricas que identificam a presença de evento traumático ou não. A pessoa tem caracterizado o evento como traumático quando o Critério A for positivo, que é baseado nas respostas de 7 perguntas subdivididas em dois grupos, Critério A1 e Critério A2 ¹³.

O Critério A1, itens 1, 2, 3 e 4, são perguntas relacionadas à experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física; ter testemunhado um evento que envolve morte, ferimentos ou ameaça à integridade física de outra pessoa (Bebê); ou o conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento experimentado por um membro da família ou outra pessoa em estreita associação com o indivíduo; o Critério A2, itens 5, 6 e 7, são perguntas relacionadas à resposta ao evento deve envolver intenso medo, impotência ou horror. Se for respondido sim no item 1 ou 2 ou 3 ou 4 associado a sim nos itens 5 ou 6 ou 7 é caracterizado como evento traumático ¹³.

A escala de Ligação mãe-bebê é uma escala destinada a avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebê. Esta escala é a versão portuguesa do “Mother-Baby Bonding Scale” ¹³ e que foi, segundo Figueiredo e colaboradores ⁽¹⁴⁾, sujeita a um processo de tradução e retroversão não tendo surgido nenhuma divergência nos itens. É instrumento de auto-avaliação simples no qual a mãe responderá às questões que descrevem alguns dos sentimentos em relação ao seu RN nas primeiras semanas após este ter nascido ¹⁴.

A escala é composta de variáveis categóricas divididas em nove itens agrupados em subescalas – Ligação positiva: “Afetuosa”, “Protetora”, “Alegre” e Ligação negativa: “Desiludida”, “Ressentida”, “Desgostosa”, “Agressiva”, “Zangada” e “Triste”. As respostas são cotadas numa escala “Lickert”, entre 0 e 3, consoante a emoção a que o item se refere está, ou não, presente: “Nada”, “Um pouco”, “Bastante” ou “Muito” presente na relação da mãe com o bebê ¹⁴.

Os dados foram analisados descritivamente através de percentuais para as variáveis categóricas e das medidas: média, desvio padrão e mediana para as variáveis numéricas. O Teste de Kolmogorov-Smirnov ou o de Shapiro-Wilk foram realizados para verificar a distribuição normal dos dados e o Teste de Cocram e Bartlet para distribuição de variâncias. Para avaliar a associação entre variáveis categóricas foram utilizados o teste Qui-quadrado de Pearson ou o Exato de Fisher (quando as condições para utilização do teste Qui-quadrado não foram verificadas) e o teste de Mann-Whitney para a comparação entre as categorias em relação às variáveis numéricas. Para avaliar a força da associação nos cruzamentos das variáveis categóricas foi obtido o valor da razão de prevalência (RP) com respectivo intervalo de confiança.

A margem de erro utilizada nas decisões dos testes estatísticos foi de 5% e os intervalos foram obtidos com 95,0% de confiança. O programa estatístico utilizado para digitação dos dados e obtenção dos cálculos estatísticos foi o SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 21.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco (CEP-UFPE), parecer nº 308.353 e data da relatoria: 19/06/2013.

RESULTADOS

Foram analisadas no total 60 puérperas, tendo sido excluídas 132 puérperas, sendo 83 puérperas por seus RN's terem nascido com idade gestacional (IG) > 37 semanas, 49 terem tido alta do Alojamento Canguru e Alas antes de completarem o tempo para avaliação de 40 a 45 dias de pós-parto.

Destas, 43 (71,7%) preencheram o Critério A (parto prematuro como evento traumático) e 17 (28,3%) não preencheram. Nas Tabelas 1 a 4 são apresentados, respectivamente, os resultados do estudo da associação do Critério A segundo os dados sócio-demográficos, dados relacionados à gestação e médias dos escores do tipo de ligação mãe-bebê e Critério A segundo as variáveis que classificam o tipo de ligação mãe-bebê em positiva e negativa.

Na Tabela 1 estão apresentados os resultados referentes às características sócio-demográficos das puérperas. Pode-se verificar que 66,7% das puérperas com Critério A positivo tinham idade entre 20 a 29 anos, 80,6% cor de pele branca, 72,5 % estado civil casada, 70% cursavam ensino fundamental incompleto e 80% não exerciam atividade remunerada.

Dos resultados contidos na Tabela 1 se verifica que a variável se a pesquisada trabalhava ou não foi à única com associação significativa com a ocorrência do Critério A ($p < 0,05$). A presença do Critério A foi mais elevado entre as que não trabalhavam (80%) do que entre as que trabalhavam (55,0%).

Tabela 1. Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com os dados bio-sócio-demográficos

Variável	Parto traumático				TOTAL		Valor de p	RP (IC à 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
Grupo Total	43	71,7	17	28,3	60	100,0		
• Faixa etária								
18 a 19	7	63,6	4	36,4	11	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,187	**
20 a 29	24	66,7	12	33,3	36	100,0		**
30 ou mais	12	92,3	1	7,7	13	100,0		**
• Raça/ Etnia								
Branca	25	80,6	6	19,4	31	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,267	1,61 (0,71 a 3,66)
Amarela/ Indígena	5	55,6	4	44,4	9	100,0		1,11 (0,41 a 2,99)
Parda	10	71,4	4	28,6	14	100,0		1,43 (0,60 a 3,40)
Negra	3	50,0	3	50,0	6	100,0		1,00
• Situação conjugal								
Solteira	14	70,0	6	30,0	20	100,0	p ⁽²⁾ = 0,839	1,00
Casada	29	72,5	11	27,5	40	100,0		1,04 (0,73 a 1,46)
• Escolaridade								
Fundamental incompleto	14	70,0	6	30,0	20	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,228	**
Fundamental completo	13	61,9	8	38,1	21	100,0		**
Médio completo	8	72,7	3	27,3	11	100,0		**
Superior	8	100,0	-	-	8	100,0		**
• Trabalha?								
Sim	11	55,0	9	45,0	20	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,043*	1,45 (0,95 a 2,23)
Não	32	80,0	8	20,0	40	100,0		1,00

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%. (**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas. (1): Através do teste Exato de Fisher. (2): Através do teste Qui-quadrado de Pearson. (RP): razão de prevalência

Na Tabela 2 pode-se evidenciar que não foram registradas associações significativas entre a ocorrência do Critério A com nenhuma das variáveis relacionadas à gestação (tipo de gestação, idade gestacional, tipo de parto apoio familiar, satisfação no parto e pós-parto, realização do método Canguru, tempo de internação, tratamento psiquiátrico na gestação e tratamento psicológicos pregressos á gestação) ($p > 0,05$), conforme resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Percepção do parto prematuro vivenciado como evento traumático e sua associação com dados relacionados à gestação

Dados relacionados à gestação								
Variável	Parto traumático				TOTAL		Valor de p	RP (IC à 95%)
	Sim		Não					
	n	%	n	%	n	%		
Grupo Total	43	71,7	17	28,3	60	100,0		
• Gestação								
Única	18	78,3	5	21,7	23	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,371	1,16 (0,85 a 1,58)
Múltipla	25	67,6	12	32,4	37	100,0		1,00

• Idade gestacional								
26 a 29 semanas	24	72,7	9	27,3	33	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,840	1,03 (0,75 a 1,43)
30 a 37 semanas	19	70,4	8	29,6	27	100,0		1,00
• Tipo de parto								
Cesáreo	24	70,6	10	29,4	34	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,832	1,00
Normal	19	73,1	7	26,9	26	100,0		1,04 (0,75 a 1,42)
• Apoio Social								
Sim	12	66,7	6	33,3	18	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,574	1,11 (0,76 a 1,61)
Não	31	73,8	11	26,2	42	100,0		1,00
• Satisfação no parto								
Sim	24	64,9	13	35,1	37	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,138	1,00
Não	19	82,6	4	17,4	23	100,0		1,27 (0,94 a 1,72)
• Satisfação pós-parto								
Sim	33	70,2	14	29,8	47	100,0	p ⁽²⁾ = 0,740	1,00
Não	10	76,9	3	23,1	13	100,0		1,10 (0,77 a 1,56)
• Canguru								
Sim	37	72,5	14	27,5	51	100,0	p ⁽²⁾ = 0,704	1,09 (0,67 a 1,78)
Não	6	66,7	3	33,3	9	100,0		1,00
• NTPG								
Sim	8	80,0	2	20,0	10	100,0	p ⁽²⁾ = 0,709	**
Não	35	70,0	15	30,0	50	100,0		
• HPP								
Sim	18	81,8	4	18,2	22	100,0	p ⁽¹⁾ = 0,184	1,24 (0,92 a 1,68)
Não	25	65,8	13	34,2	38	100,0		1,00

(**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências muito baixas. (1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

(2): Através do teste Exato de Fisher. (RP): razão de prevalência. (NTPG): Necessitou de tratamento psiquiátrico durante a gestação. (HPP): História de problemas psiquiátrico.

Na Tabela 3 se apresenta o resultado da média dos escores do Critério A segundo o tipo de ligação mãe-bebê. Não foram verificadas diferenças significativas entre as que tinham ou não Critério A ($p > 0,05$). No entanto, observa-se que as médias tendiam a ser mais elevadas no negativo e menos elevadas no positivo, o que pode sugerir uma ligação mãe-bebê mais prejudicada.

Nada	11	68,8	5	31,3	16	100,0	$p^{(2)} = 0,077$	**
Um pouco	5	50,0	5	50,0	10	100,0		**
Bastante	-	-	1	100,0	1	100,0		**
Muito	27	81,8	6	18,2	33	100,0		**
• Agressiva								
Nada	38	71,7	15	28,3	53	100,0	$p^{(2)} = 1,000$	**
Um pouco	5	71,4	2	28,6	7	100,0		
• Zangada								
Nada	40	70,2	17	29,8	57	100,0	$p^{(2)} = 0,551$	**
Um pouco	3	100,0	-	-	3	100,0		
• Triste								
Um pouco	13	52,0	12	48,0	25	100,0	$p^{(1)} = 0,004^*$	1,00
Muito	30	85,7	5	14,3	35	100,0		1,65 (1,10 a 2,46)
• Ressentida								
Nada	20	69,0	9	31,0	29	100,0	$p^{(2)} = 0,868$	**
Um pouco	4	66,7	2	33,3	6	100,0		**
Bastante	13	72,2	5	27,8	18	100,0		**
Muito	6	85,7	1	14,3	7	100,0		**

(*): Diferença significativa ao nível de 5,0%. (**): Não foi possível determinar devido à ocorrência de frequências nulas e muito baixas.(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.(2): Através do teste Exato de Fisher. (RP): razão de prevalência.

DISCUSSÃO

No nosso estudo verificamos que o parto prematuro foi tomado como traumático para maioria das puérperas analisadas. Esse fato se justifica porque a população selecionada para o estudo poderia ser considerado um grupo em risco, e consequentemente classificar seu parto como evento traumático.

Experimentar um parto traumático pode impactar negativamente no bem estar emocional na mulher e influenciar diretamente o relacionamento com seu novo bebê e com o seu cônjuge^{15,16,17}. Além disso, pode extinguir seu desejo para ter mais filhos¹⁸ e aumentar a sua probabilidade de solicitar um parto cirúrgico para futuros nascimentos¹⁹.

A prematuridade por si só não afeta necessariamente a qualidade das interações do vínculo mãe-bebê^{20,21}. Por outro lado, o impacto do parto prematuro, como evento traumático, tem sido identificado como um fator de risco para as interações mãe-bebê pobre²².

Além do momento do parto, as mães também são confrontadas com a admissão de seu RN na UTIN, que é uma experiência particularmente difícil para elas e que pode desenvolver um estresse emocional que pode incluir ansiedade, depressão e o Transtorno de Estresse pós-traumático^{23,24}.

O sentimento de ligação materna “Triste” e a não atividade laboral foram às únicas variáveis que mostraram associação significativa com a ocorrência do Critério A (parto traumático).

O item “Triste” foi um sentimento de ligação materna que mostrou associação significativa com a ocorrência do parto traumático nas puérperas analisadas no nosso estudo. Isso poderia ser explicado pela internação do RN prematuro na UTIN, uma vez que a mãe se sente incapaz de cuidar plenamente de seu filho que corre risco de vida, e pela rotina estressante do ambiente^{25,26}.

A mãe tem dificuldades em ligar-se ao bebê prematuro e garantir o apego e carinho que também são necessários à sua sobrevivência ²⁷.

Outra questão é que na vinculação mãe-bebê o envolvimento emocional nem sempre será igual em todos os momentos e pode variar ao longo do tempo e depende dos momentos de reciprocidade ²⁶. Estando na UTIN o RN fica mais restrito dos cuidados da mãe e quando o RN está estável, é que a mãe tem o primeiro contato com seu bebê, conhece suas feições, pode tocá-lo e cuidar dele.

Isso faz com que o sentimento de amor pelo seu bebê prematuro cresça e o envolvimento emocional aumente. O envolvimento aumentará na medida em que se recebe algo em troca e desta forma a mãe vai vendo seu bebê prematuro com mais carinho e amor.

Além disso, RN's prematuros e suas mães têm poucas oportunidades de começar a desenvolver uma relação de reciprocidade durante as primeiras semanas de vida ²⁸ e com isso a qualidade da relação mãe-bebê precoce pode influenciar no seu desenvolvimento posteriormente ²⁹.

Num estudo prospectivo e longitudinal que acompanhou os RN's desde o nascimento, pesquisadores perceberam uma associação entre prematuridade e sofrimento psíquico da mãe com a qualidade das interações mãe-bebê durante o primeiro ano de vida. No geral, a aflição psíquica materna, decorrente do trauma do parto, foi relacionada a um menor desenvolvimento cognitivo do RN e este, por sua vez, teve menos interações claras responsivas com sua mãe ³⁰.

Apesar de não encontrarmos uma associação significativa entre tipo de parto e parto traumático, no nosso estudo se encontrou que parto cesariano tenderia a ser considerado fator preditivo para o nascimento ser considerado traumático entre as puérperas analisadas, pois 70,6% tiveram partos cesáreos e 20,4% parto normal.

Corroborando com nossa pesquisa, sabe-se que o tipo de parto (cesáreo ou normal) poderia contribuir para puérpera classificar a experiência do parto do seu filho como traumático ou não ³¹. Isso poderia ser explicado pelo fato da cesariana ter se tornado, muitas vezes, como um método alternativo para o parto vaginal, em situações de intercorrências gestacionais e patológicas que envolvam risco materno-fetal como a prematuridade ³².

Outro estudo identificou os fatores associados à mortalidade intra-hospitalar em Unidades de Alto Risco Neonatal ao tipo de parto ³³. Houve uma associação estatisticamente significativa entre tipo de parto cesáreo e morte na UTIN até o 27º dia de vida, o que possivelmente tornaria a lembrança do parto cesáreo como traumático para as mães ³³.

Outros estudos sugerem o parto cesáreo como preditivo de um parto traumático e que isso poderia ser compreendido pelo fato que, muitas vezes, a cesariana de emergência poderia ser traumática para mãe dada à natureza relativamente inesperada e urgente do procedimento ^{34,35}.

No entanto, apenas um terço das mulheres que tiveram uma cesariana de emergência relatou um parto traumático. Isto sugere que outros fatores podem influenciar a mulher na experiência do evento como traumático, como estado emocional e condição socioeconômica e educacional.

O apoio do pai para a mãe parece essencial a este último e teria efeito protetor nas puérperas ³⁶. A disponibilidade de apoio social facilitaria uma maternagem responsiva, principalmente sobre condições estressantes, promovendo o desenvolvimento de um apego seguro mãe-bebê.

No estudo se evidenciou que 31% das puérperas não tiveram apoio social durante a gravidez. Segundo alguns autores, mulheres com pouco apoio social são mais vulneráveis ao desenvolvimento de Transtorno de estresse no pós-parto ³⁷.

Outro estudo relacionou a baixa escolaridade a um aumento da vulnerabilidade psicossocial e observou que pode ser um fator que interfere no aparecimento de sintomatologia de estresse pós-parto ³⁸. Na nossa pesquisa as puérperas com maior percentual de Critério A tiveram uma maior frequência no ensino fundamental incompleto.

A não atividade laboral foi à única variável com associação significativo com a ocorrência do parto traumático. Corroborando com nosso estudo, outro pesquisador também relacionou a não atividade laboral como um fator predisponente ao estresse psíquico, sendo este um fator que tende a aumentar a probabilidade de surgimento de transtornos mentais e comportamentais ³⁹.

Outro estudo também relata que o estressor predominante das mulheres é o estresse financeiro, agravado pela falta de emprego, transporte e opções de habitação a preços acessíveis; fofocas de cidade pequena; isolamento/ solidão; e tédio. As medidas quantitativas revelaram altos níveis de estresse global e sintomas de depressão e transtorno de estresse pós-traumático entre a amostra analisada ⁴⁰.

Em outro estudo apesar da precisão estatística elevada, não foi encontrada nenhuma associação clara entre estresse no trabalho e parto prematuro. No entanto, a estratificação por apoio social mostrou uma tendência significativa de maiores chances de parto prematuro quando expostos a alta exigência e baixo apoio social ⁴¹.

Dada a importância das repercussões do parto sobre a saúde da mulher, surgiu a ideia desse estudo, que demonstrou a importância do diagnóstico precoce sobre parto traumático em mulheres no pós-parto e encaminhamento daquelas puérperas que porventura relatem algum tipo de transtorno emocional.

Pesquisas futuras são necessárias para comparar dados na população brasileira quanto à prematuridade e ao parto traumático e a vínculo mãe-bebê. O melhor conhecimento sobre o assunto também irá gerar melhoria no atendimento das puérperas no pós-parto.

A importância do diagnóstico precoce e consequente intervenção de suporte ou, até mesmo, para encaminhar aquelas puérperas que porventura relatem algum tipo de transtorno emocional a rede especializada.

CONCLUSÃO

Este estudo verificou que a maioria das puérperas analisadas relacionou o fato do parto de seu bebê ter sido prematuro como traumático e mostrou associação significativa com a ocorrência do parto traumático e o sentimento "Triste", o que torna o vínculo mãe-bebê nessas puérperas negativo.

Desta forma, o enfrentamento materno em relação à prematuridade e a readaptação da mãe a esta situação inesperada aflorou nela sentimentos mais negativos de ligação mãe-bebê.

As puérperas que não trabalhavam foram mais propensas a terem sofrimento psíquico de estresse no pós-parto relacionado ao parto prematuro. O estresse materno é um fator de risco para os resultados de saúde materno-infantil adversos em todo o mundo e uma maior empregabilidade seria possivelmente útil para diminuir seu estresse e enfrentar os inúmeros obstáculos durante a fase do pós-parto.

O estudo sugere que os sintomas de estresse pós-traumático, baseados no critério A da DSM-IV, relacionadas com o trabalho de parto prematuro podem influenciar negativamente a percepção materna a respeito do seu RN e que novas pesquisas são necessários para relacionar dados com os novos conceitos da DSM-V.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

Todos os autores do manuscrito contribuíram significativamente na concepção e desenho do estudo, na análise e interpretação dos dados, na elaboração do artigo e revisaram criticamente o seu conteúdo intelectual e aprovaram sua versão final para ser publicada.

CONFLITO DE INTERESSES

Todos os autores do manuscrito afirmam que não tem qualquer conflito de interesse com o tema abordado no artigo, nem com os produtos/itens citados. Declaram que o artigo citado acima é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, não foi enviado a outro periódico científico e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pelo Jornal Brasileiro de Psiquiatria.

REFERÊNCIAS

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th end revised. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
2. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th end revised. Washington: American Psychiatric Association; 2010.
3. American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care. Gils trap LC, Oh W, eds. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; American College of Obstetricians and Gynecologists; 2002.
4. Rodrigues LDS, Batista RFL, Sousa ACVD, Cantanhede JG, Costa, C. Caracterização dos recém-nascidos pré-termos nascidos em São Luís do Maranhão no período de 2006 a 2010: análise do SINASC. Cadernos de Pesquisa. 2013; 19(3).
5. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2009; 116(5): 672-680.
6. Ferrari AG, Donelli TM. Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição da maternidade no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. Contextos Clínicos. 2010; 3(2): 106-112.
7. Pierrhumbert B, Nicole A, Muller-Nix C, Forcada-Guex M, Ansermet F. Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. Archives of Disease in Childhood and Fetal and Neonatal Education. 2005; 88: 400-404.
8. Car Jovanka JBL, Carvalho BL, Lour M, Silva MDLC. Representações de mães sobre hospitalização do filho prematuro. Revista Brasileira Enfermagem. 2009; 62(5).

9. Souza JC, Silva LMS; Guimarães TA. Preparo para a alta hospitalar de recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal: uma visão da família. *Pediatria (São Paulo)*. 2008; 30(4): 217-27.
10. Souza NL, Pinheiro-Fernandes AC, Clara-Costa IC, Cruz-Enders B, Carvalho JB, Silva ML. Domestic maternal experience with preterm newborn children. *Revista Saúde Pública*. 2010; 12(3): 356-67.
11. Morrell J, Murray L. Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2003; 44: 489–508.
12. Pontes GAR, Cantillino A, Zambaldi CF. Transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto prematuro e vínculo mãe-bebê: revisão de literatura (in press). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2013.
13. Del Ben CM, Vilela J A, Crippa JA, Hallak JE, Labate CM, Zuardi AW. Confiabilidade da entrevista estruturada para o DSM-IV – versão clínica traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2001; 23(3), 156-159.
14. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D, Glover V. A new Mother-to-Infant Scale: Links with early maternal mood. *Archives Womens Mental Health*. 2005; 8, 45-51.
15. Figueiredo B, Marques A, Costa RA, Pacheco AP, Pais A. Bonding: escala para avaliar o envolvimento emocional dos pais com o bebê. *Psychologica*. 2005; 40: 133-154.
16. Beck CT. Posttraumatic stress disorder due to child birth: the aftermath. *Nursing Research*. 2004; 53,216–224.
17. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of child birth related post- traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*; 2006;11,389–398.
18. Ayers S, Harris R, Sawyer A, Parfitt Y, Ford E. Post-traumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*; 2009: 119,200–204.
19. Allen EC, Manuel GC, Legault C, Naughton MJ, Pivor C, O'Shea TM. Perception of child vulnerability among mothers of former premature infants. *Pediatrics*. 2004; 113:267–273.
20. McCourt C, Weaver J, Statham H, Beake S, Gamble J, Creedy DK. Elective cesarean section and decision making: a critical review of the literature. *Birth*. 2007; 34, 65–79.
21. Korja R, Latva R, Lehtonen L. The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infant's first two years. *Acta Obstetrician et Gynecologic Scandinavia*. 2012; 91:164–173
22. Montiroso R, Borgatti R, Trojan S, Zanini R, Tronick E. A comparison of dyadic interactions and coping with still-face in healthy pre-term and full-term infants. *British Journal of Developmental Psychology*. 2010; 28: 347–368.
23. Korja R, Savonlahti E, Ahlqvist-Björkroth S, Stolt S, Haataja L, Lapinleimu H, Piha J, Lehtonen L. PIPARI study group. Maternal depression is associated with mother-infant interaction in preterm infants. *Acta Pediatrics*. 2008; 97:724–730.
24. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Journal Obstetrician Gynecologic Neonatal Nurse*. 2003; 32:161–171.

25. Obeidat HM, Bond EA, Callister LC. The Parental Experience of Having an Infant in the Newborn Intensive Care Unit. *Journal Perinatal Educacional*. 2009; 18: 23–29.
26. Wigert H, Hellstrom AL, Berg M. Conditions for parents' participation in the care of their child in neonatal intensive care - a field study. *BMC Pediatrics*. 2008; 8:3.
27. Engström Å, Lindberg I. Critical care nurses' experiences of nursing mothers in an ICU after complicated childbirth. *Nursing in Critical*. 2013; 18(5), 251-257.
28. Lindberg B, Ohrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*. 2008; 67:461–471.
29. Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*. 2006; 118:107–114
30. Singer LT, Fulton S, Davillier M, Koshy D, Salvator A, Baley J E. Effects of infant risk status and maternal psychological distress on maternal-infant interactions during the first year of life. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2003; 24(4), 233-241.
31. Alcorn, KL, O'Donovan A, Patrick JC, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from child birth events. *Psychological Medicine*. 2010; 40: 1849–1859.
32. Furukawa S, Sameshima H, Ikenoue T. The impact of cesarean section on neonatal outcome of infants born at 23weeks of gestation. *Early Human Development*. 2014; 90(3):113-8.
33. Silva CFD, Leite AJM, Almeida N, Leon ACM, Olofin I. Factors associated with neonatal death in high-risk infants: a multicenter study in High-Risk Neonatal Units in Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014; 30(2): 355-368.
34. Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000;27(2),104-111.
35. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003; 30(1):36-46.
36. Lindberg B, Ohrling K. Experiences of having a prematurely born infant from the perspective of mothers in northern Sweden. *International Journal of Circumpolar Health*. 2008; 67: 461–471.
37. Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2009; 58(4):252-257.
38. Araneda ME, Santelices MP, Farkas C. The relationship between attachment style, socio-economic well-being and maternal representations. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2010; 28(1), 30-43.
39. Grytten J, Skau I, Sorensen RJ. The impact of a school reform on the birth weight of Norwegian infants 1967-2005. *Social Science & Medicine*. 2014.
40. Bloom TL, Bullock LF, Parsons L. Rural Pregnant Women's Stressors and Priorities for Stress Reduction. *Issues in mental health nursing*. 2012; 33(12), 813-819.
41. Larsen AD, Hannerz H, Juhl M, Obel C, Thulstrup AM, Bonde JP, Hougaard KS. Psychosocial job strain and risk of adverse birth outcomes: a study within the Danish national birth cohort. *Occupational and environmental medicine*. 2013; 70(12), 845-851.

ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO EM PUÉRPERAS DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

Pesquisador: Gabriela Arruda Reinaux Pontes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14866913.1.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 308.353

Data da Relatoria: 19/06/2013

Apresentação do Projeto:

Indicado na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicado na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicado na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicado na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

Fax: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

**ANEXO B – ITEM A SCID-I PARA TEPT – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA
PARA CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO COMO TRAUMÁTICO**

ITEM A – Evento traumático

Como foi (evento traumático)?

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Você sentiu sua vida ameaça, teve PAVOR de morrer? | () Sim () Não |
| 2. Você teve medo muito intenso de seu bebe morrer? | () Sim () Não |
| 3. Você se sentiu fisicamente agredida ou violentada? | () Sim () Não |
| 4. Você recebeu alguma notícia terrível? | () Sim () Não |
| 5. Você se sentiu APAVORADA? | () Sim () Não |
| 6. Você se sentiu desamparada? | () Sim () Não |
| 7. Você se sentiu horrorizada? | () Sim () Não |

(+) Se for respondido sim no item 1 ou 2 ou 3 ou 4 associado a sim nos itens 5 ou 6 ou 7 : caracterizado como evento traumático

Critério A1:

-Experiência pessoal direta de um evento real ou ameaçador que envolve morte, sério ferimento ou outra ameaça à própria integridade física;
-ter testemunhado um evento que envolve morte, ferimentos ou ameaça à integridade física de outra pessoa (BEBÊ);
-ou o conhecimento sobre morte violenta ou inesperada, ferimento sério ou ameaça de morte ou ferimento experimentado por um membro da família ou outra pessoa em estreita associação com o indivíduo.

Critério A2:

-A resposta ao evento deve envolver intenso medo, impotência ou horror

CRITÉRIO A como “+” (Evento Traumático):

() **SIM** () **NÃO**

ANEXO C – ESCALA DE LIGAÇÃO MÃE-BEBÊ

Assinalar com um X para cada palavra da tabela, a forma que melhor descreve o que sentiu nas PRIMEIRAS SEMANAS sobre o RN.

	MUITO (3)	BASTANTE (2)	UM POUCO (1)	NADA (0)
<i>BONDING</i> POSITIVO				
Afetuada				
Alegre				
Protetora				
<i>BONDING</i> NEGATIVO				
Ressentida				
Desiludida				
Desgostosa				
Agressiva				
Zangada				
Triste				

Escore:

Bonding Positivo: _____

Bonding Negativo: _____