

CARLA FONSECA ZAMBALDI

**PARTO TRAUMÁTICO E TRANSTORNO DE ESTRESSE
PÓS-TRAUMÁTICO**



RECIFE, 2011

CARLA FONSECA ZAMBALDI

**PARTO TRAUMÁTICO E TRANSTORNO DE ESTRESSE
PÓS-TRAUMÁTICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco para fins de obtenção do título de Doutora em Psiquiatria.

Orientador: Prof. Everton Botelho Sougey

Co-Orientador: Dr. Amaury Cantilino

RECIFE, 2011

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE DA
DOUTORANDA CARLA FONSECA ZAMBALDI

No dia 10 de agosto de 2011, às 09h, no Auditório Murilo La Greca do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Valéria Conceição Passos de Carvalho, Doutora Professora da Universidade Católica de Pernambuco; Amaury Cantilino da Silva Júnior, Doutor Coordenador do Programa de Saúde Mental da Mulher do Hospital das Clínicas/UFPE; Ivanor Velloso Meira Lima, Doutor Professor do Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Murilo Duarte da Costa Lima, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco; Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram a Doutoranda, CARLA FONSECA ZAMBALDI sobre a sua Tese intitulada "**PARTO TRAUMÁTICO E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**" orientada pelo professor Dr. Everton Botelho Sougey. Ao final da arguição de cada membro da Banca Examinadora e resposta da Doutoranda, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Valéria Conceição Passos de Carvalho
Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior
Prof. Dr. Ivanor Velloso Meira Lima
Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima
Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

APROVADA
APROVADA
APROVADA
APROVADA
APROVADA

Profª. Drª. Valéria Conceição P. de Carvalho

Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva Júnior

Prof. Dr. Ivanor Velloso Meira Lima

Prof. Dr. Murilo Duarte da Costa Lima

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Ao meu amado Orlando e à minha filha Laís

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que é meu sustento e conforto;

Aos meus pais, que sempre me apoiaram;

Ao meu orientador professor Everton, que acreditou em mim;

Ao amigo e co-orientador Amaury, sem o qual este trabalho não teria seguido em frente;

A todas estas mulheres que se dispuseram a participar da pesquisa e a partilhar comigo um pouco da história de suas vidas;

E, especialmente, à minha obstetra Cleone Novaes, que durante a realização desta pesquisa e tese fez do meu parto um momento sublime.

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive.”

Fernando Pessoa

LISTA DE TABELAS

APRESENTAÇÃO

Tabela 1 - Definição de evento traumático nos DSM III, III-R e IV	20
Tabela 2 - Critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).....	22

ARTIGO I – COMUNICAÇÃO BREVE

Tabela 1 - <i>Socio-demographic characteristics, obstetric history, and history of somatic disease or psychiatric disorder</i>	33
--	----

ARTIGO II - ARTIGO DE REVISÃO

Tabela 1 - Estudos qualitativos sobre parto traumático.....	46
Tabela 2 - Estudos quantitativos sobre o parto traumático.....	46
Tabela 3 - Estudos quantitativos de prevalência do TEPT relacionado ao parto.....	48

ARTIGO III – ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1 - <i>Prevalence of dissociative experience symptoms at the sample of postpartum women (N=328)</i>	69
Tabela 2 - <i>Socio-demographic and obstetrical variables associate with significant dissociative experience during childbirth</i>	70
Tabela 3 - <i>Variables associated with dissociative experience during childbirth at final logistic regression analysis</i>	74

ARTIGO IV – ARTIGO ORIGINAL

Tabela 1 - *Socio-demographic and obstetrical variables associated with traumatic childbirth*..... 87

Tabela 2 - *Previous trauma in women with traumatic childbirth*..... 89

Tabela 3 - *Significant variables associated with traumatic childbirth^(a) in logistic regression analysis*..... 91

LISTA DE ABREVIATURAS

DSM-III – Terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais

DSM-IV - Quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatísticos dos Transtornos Mentais

EPDS- *Edinburg Postnatal Depression Scale*

IES- *Impact of Event Scale*

MINI - Entrevista Breve para Diagnóstico de Transtornos Mentais

MS – Ministério da Saúde

NRS- *Numeric Rating Scale*

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDEQ- *Peritraumatic Dissociative Experience Scale*

PSS- *Posttraumatic Stress Symptoms Scale*

PTSD-Q- *Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire Measure*

SCID-I-*Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I Disorder*

TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático

TES- *Traumatic Event Scale*

THQ- *Traumatic History Questionnaire*

RESUMO

Um evento traumático é definido pela 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV) como uma situação na qual: 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 e cuja resposta da pessoa envolveu intenso medo, impotência ou horror. Esta definição é mais abrangente do que a do DSM-III e valoriza mais a percepção e resposta do indivíduo ao evento do que a natureza do acontecimento em si permitiu. Por isso, a partir do DSM-IV, o parto pode ser considerado como um evento traumático. Estudos de diversas partes do mundo tem mostrado que 1% a 6% das mulheres com parto traumático podem, conseqüentemente, desenvolver o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Como ainda não havia estudos indexados na área com mulheres brasileiras, este presente estudo teve como objetivo de estudar a frequência e as características do parto traumático em uma amostra de mulheres em Recife/PE. Foram avaliadas 328 mulheres usuárias de duas maternidades do SUS de Recife, com até 72 horas de pós-parto, de julho a novembro de 2010. As mulheres nas quais foi identificado um parto traumático foram avaliadas posteriormente com seis semanas de pós-parto para verificar a ocorrência de TEPT e/ou depressão. A média de idade nesta amostra foi de 25 anos, a média da escolaridade 8,8 anos de estudo, 78,6% tinham um companheiro (casadas ou moravam junto), 51,5% primíparas e 22,1% eram oriundas de pré-natal de alto risco. Observamos que o parto traumático ocorreu em 53 mulheres (16,2% da amostra), onde foi identificado que elas tiveram medo intenso de morrer ou de seu bebê morrer, perceberam o parto como uma agressão física ou uma experiência humilhante, tiveram alguma notícia terrível como complicação obstétrica ou com o bebê e reagiram com medo intenso, impotência ou horror. Anos de estudo, o escore de dor durante o parto, experiência dissociativa no periparto, gestação de alto risco, complicações na gestação, ser primípara, uso de fórceps, episiotomia, complicações obstétricas durante o parto, complicações com o recém-nascido, insatisfação com o atendimento da equipe de saúde e traumas prévios foram fatores associados à ocorrência do parto traumático. Foi feita uma avaliação prospectiva de 25 mulheres que tiveram parto traumático. Foi identificado que 12 mulheres (48%) tiveram sintomas do TEPT e duas (8%) completaram critérios para TEPT. As duas mulheres com diagnóstico de TEPT apresentavam concomitantemente depressão. É importante que profissionais de saúde estejam atentos para o fato que TEPT pode ocorrer em consequência de um parto traumático. Os aspectos emocionais da mulher durante e logo após o parto devem receber atenção tanto quanto os aspectos físicos.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno de estresse pós-traumático; estresse psicológico; parto; complicações do trabalho de parto; período pós-parto.

ABSTRACT

The DSM-IV defines a traumatic event as stressor involving direct personal experience of an event that involves actual or threatened death or serious injury, or other threat to one's physical integrity; or witnessing an event that involves death, injury, or a threat to the physical integrity of another person; or learning about unexpected or violent death, serious harm, or threat of death or injury experienced by a family member or other close associate. The person's response to the event must involve intense fear, helplessness, or horror. After this definition, studies have indicated that for some women childbirth may be a traumatic experience leading to the development of posttraumatic stress disorder (PTSD). Studies performed in different regions in the world have reported that the PTSD following a difficult experience of childbirth affects between 1 and 6% of the women. The aim of this study is assess traumatic childbirth and PTSD following childbirth in Brazilian women. Women up to 72 hours postpartum (N=328) were recruited from two public maternity hospitals in Recife. Data was collected between July 2010 and November 2010. All women whose childbirth fulfilled criteria to traumatic event were interviewed to asses for posttraumatic stress disorder and for depression. The women were aged between 18 and 42 (mean: 25, SD:5.6). The mean value of years of school was 8.8. A total of 78.6% of the sample were married or cohabiting with a partner, and 51.5% had given birth to their first child and 22.1% had had a high risk pregnancy. A total of 53 women (16.2%) fulfilled criteria for a traumatic event, they felt their life threatened or was very worried about their death during the childbirth, felt the baby's life threatened, felt as they have had a psychical injury, had a some terrible news, like obstetrical complications or complications with the baby, and felt intense fear, helplessness or horror. More years of schooling; high pain score; peritraumatic dissociation; high risk pregnancy, medical complications during pregnancy or birth or with the baby; primiparity; forceps; episiotomy; prematurity; no satisfaction with maternity care; and previous traumas were the significant factors associated with traumatic childbirth. Twenty five women that have traumatic childbirth were posteriorly interviewed. Twelve women (48%) have symptoms of PTSD and 2 women of the sample (8%) fulfilled criteria for PTSD. All women with PTSD fulfilled criteria for major depression. Health practitioners should be aware of the fact that PTSD and posttraumatic stress symptoms may develop as a consequence of childbirth. It is important that health professionals who care postpartum provides a more supportive care and that identify the women with severe traumatic stress response.

KEY-WORDS: posttraumatic stress disorder; estresse psicológica; parturition; obstetric labor complication; postpartum period.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
ARTIGO I- COMUNICAÇÃO BREVE.....	29
REVISÃO DA LITERATURA.....	39
ARTIGO II - ARTIGO DE REVISÃO	40
METODOLOGIA.....	55
Tipo de estudo.....	56
População do estudo.....	56
Local do estudo.....	56
Amostra.....	57
Critérios de inclusão.....	57
Critérios de exclusão.....	57
Instrumentos.....	57
Procedimentos.....	60
Aspectos éticos.....	61
Análise estatística	61
RESULTADOS.....	63
ARTIGO III- ARTIGO ORIGINAL.....	64
ARTIGO IV- ARTIGO ORIGINAL.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102

ANEXOS

Anexo A – Questionário bio-sócio-demográfico.....	108
Anexo B – Questionário de dados obstétricos.....	109
Anexo C – Item A da SCID-I para TEPT- entrevista semiestruturada para caracterização do evento traumático.....	111
Anexo D – Questionário de satisfação com o atendimento recebido da equipe de saúde na maternidade.....	112
Anexo E – Escala de dor visual numérica.....	113
Anexo F – Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas.....	114
Anexo G – Questionário de História do Trauma.....	117
Anexo H – SCID-I para TEPT.....	122
Anexo I – SCID-I para depressão.....	124
Anexo J – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	126
Anexo K – Carta de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFPE.....	128
Anexo L - Comprovante de aprovação do artigo I	130
Anexo M – Comprovante de aprovação do artigo III.....	131
Anexo N – Comprovante de submissão do artigo IV	132

APRESENTAÇÃO

Concluimos o mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE, em 2008. Naquela época, realizamos a pesquisa intitulada “Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto” (Zambaldi, 2008), onde foram entrevistadas 400 mulheres com duas a 26 semanas de pós-parto, durante os meses de setembro de 2007 a julho de 2008. Esta pesquisa foi realizada junto com o projeto de doutorado do psiquiatra Amaury Cantilino: “Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos” (Cantilino, 2009).

Foi observado que 29 (5,3%) das mulheres desta amostra preencheram critérios para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) ao se utilizar a Entrevista Breve para Diagnóstico de Transtornos Mentais (MINI). Surpreendeu-nos o fato de que algumas destas mulheres afirmaram que o evento traumático sofrido tinha sido o parto. Elas diziam ter vivido medo extremo da morte; dores intensas e prolongadas; partos na sala de pré-parto sem assistência médica; sensação de impotência e humilhação por não serem ouvidas ou bem informadas pela equipe de saúde. Deparamo-nos diante uma realidade até então desconhecida para mim: o parto podia ser considerado um evento traumático. O **artigo I** desta tese, “BIO-SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN A SAMPLE OF POSTPARTUM BRAZILIAN WOMEN”, publicado pela revista *Archives of Women Mental Health*, em 2011, refere-se a resultados desta pesquisa descrita acima. Este artigo foi incluído nesta tese porque foi a partir destas descobertas que ocorreu motivação para um maior aprofundamento e a realização de um projeto de pesquisa no tema.

O **artigo II** desta tese é uma revisão da literatura, “PARTO TRAUMÁTICO E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: REVISÃO DA LITERATURA”. Ela foi publicada em 2009, no *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (Zambaldi, Cantilino *et al.*, 2010).

Em 2010, foi realizada a coleta de dados da pesquisa tema desta tese, na qual foram entrevistadas 328 mulheres no pós-parto. O objetivo foi avaliar a frequência de partos considerados traumáticos e as possíveis variáveis correlacionadas e a frequência com que as mulheres que tiveram um parto traumático desenvolvem posteriormente o transtorno de estresse pós-traumático e/ou depressão. Foram produzidos dois artigos originais com os

resultados desta pesquisa. O **artigo III**, “PERITRAUMATIC DISSOCIATIVE EXPERIENCE DURING CHILDBIRTH”, foi aceito para publicação pela revista *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology* e descreve a frequência e características de experiências dissociativas durante o parto. O **artigo IV**, “TRAUMATIC CHILDBIRTH AND POST- POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND DEPRESSION”, reporta a frequência do parto traumático e os fatores relacionados e a frequência de posterior transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e depressão e foi submetido à revista *Comprehensive Psychiatry*.

O nascimento é historicamente um evento natural. O nascimento de uma criança teve ao longo dos tempos e das civilizações inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, mas sempre foi comemorado e reconhecido como um dos fatos marcantes da vida.

Todo o ciclo gravídico-puerperal, que inclui a gravidez, o parto e o puerpério, pode ser considerado como um evento crítico na vida da mulher, pois envolve inúmeras adaptações a um novo papel e exige mudanças psicológicas muito rápidas, se comparadas a outras fases do desenvolvimento adulto. Esses três momentos são acompanhados por mudanças físicas, metabólicas, nos papéis sociais, nas relações interpessoais e intrapsíquicas. Apesar de o ciclo gravídico-puerperal ser entendido como um momento de normalidade funcional e psíquica, ele possui características próprias que situam a mulher dentro de um período de crise, entendido como período dotado de potencial para a mudança e transformação.

A assistência ao parto sofreu muitas mudanças ao longo dos anos. A maioria das mulheres que até meados do sec. XX pariram com a ajuda de outras mulheres. Posteriormente, passaram a ser objeto do interesse médico e ter seus partos atendidos ou observados por profissionais oficialmente preparados para este fim, como as enfermeiras-parteiras e os médicos. No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Até o início dos anos 60, a preocupação com a saúde materna se restringiu à assistência ao parto. Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal. Depois outros programas foram sendo implantados para reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido (Brasil, 2006). O Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher (PAISM) foi

criado na década de 80. Desde então, muitos projetos ligados à saúde feminina foram consolidados, com enfoque na atenção ao pré-natal (Brasil).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em parceria com os estados, os municípios e a sociedade civil. Esse processo foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma experiência modelo para outros países em redução da mortalidade materna e neonatal (Brasil). As complicações da gestação, parto e puerpério constituem a décima causa de mortes em mulheres. Com um acompanhamento pré-natal adequado, consegue-se evitar a maior parte dessas mortes (Brasil).

O pré-natal tem como objetivos assegurar a evolução normal da gravidez; preparar a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais e identificar precocemente situações de risco. As principais complicações que podem ocorrer na gestação são: síndromes hemorrágicas, anemia, hipertensão arterial, eclampsia, diabetes mellitus, toxoplasmose, sífilis, infecção do trato urinário, trabalho de parto prematuro e amniorexe prematura. A recomendação do Ministério da Saúde é de que a mãe realize, no mínimo, seis consultas de pré-natal e as inicie tão logo comece a gravidez (Brasil, 2006).

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, 74% das gestantes atendidas pelo SUS passaram por, no mínimo, seis consultas de pré-natal. Nos últimos 25 anos, ocorreu um aumento expressivo do percentual de mulheres que passaram a ter acesso ao pré-natal durante a gestação. Em 1986, o percentual de grávidas que nunca consultaram um médico era de 26%, já em 2006 foi de 1,3% (Brasil, 2010). O número de consultas de pré-natal atingiu 19,4 milhões em 2009 – aumento de 125% em relação a 2003 (Brasil, 2010).

A cada ano, ocorrem cerca de três milhões de partos no Brasil. A quase totalidade são partos hospitalares. A expansão da oferta dos serviços de saúde elevou o número de partos pelo Sistema Único de Saúde. Em 2006, 76% das gestantes tiveram seus bebês na rede pública. No meio rural, caiu a taxa de parto no domicílio, em 10 anos a taxa passou de 19% para 3,5% dos casos e aumentou a frequência da presença do médico, que passou de 57,7%, em 1996, para 82,6%, em 2006. A assistência do médico durante o parto aumentou de 77,6% para 88,7% em todo o país (Brasil, 2009).

Tem sido observado um movimento social pela humanização do parto e do nascimento no Brasil, pelo menos desde o final dos anos 80 com a crítica do modelo hegemônico hospitalocêntrico de atenção ao parto e ao nascimento. Pode-se dizer que esse movimento propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto no Brasil, tendo como base consensual

a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985 e que inclui: incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outra/o acompanhante no processo do parto, à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais e, também, à inclusão de parteiras leigas no sistema de saúde nas regiões nas quais a rede hospitalar não se faz presente. Recomenda, também, a modificação de rotinas hospitalares consideradas como desnecessárias e geradoras de risco, custos adicionais e excessivamente intervencionistas no que tange ao parto, como episiotomia, amniotomia, enema e tricotomia e, particularmente, parto cirúrgico tipo fórceps ou cesáreas.

Desde 2005, é assegurado por lei o direito de a mulher ter um acompanhante durante seu trabalho de parto e no parto (Lei 11.108, de abril de 2005). Outra medida, para o adequado suporte psicossocial da mulher foi a regulamentação da presença de doulas na maternidade. Elas são mulheres voluntárias devidamente treinadas e que prestam apoio a gestante e seu companheiro/acompanhante durante o trabalho de parto, encorajando e aconselhando medidas para seu conforto e alívio da dor e explicando sobre o progresso do trabalho de parto e procedimentos obstétricos que devem ser realizados (Brasil, 2001). E em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Campanha Incentivo ao Parto Normal, pois a cesariana representa 43% dos tipos de partos realizados no Brasil no setor público e no privado. Nos planos de saúde, esse percentual chega a 80% e SUS 26%. E de acordo com a recomendação da Organização Mundial da Saúde, as cirurgias deveriam corresponder a, no máximo, 15% dos partos (Brasil, 2008).

Décadas atrás, dois obstetras franceses Bydlowski e Raoul-Duval descreveram dez casos clínicos que envolviam mulheres que tiveram trabalhos de partos demorados e difíceis, incluindo parto com uso de fórceps e morte fetal. Elas passaram a ter medo e a evitar outros partos, tinham pesadelos, insônia e medo de dormir. Pioneiramente, em 1978, os autores intitularam o quadro destas mulheres de “la nevrose traumatique post-obstetricale” (Bydlowski e Raoul-Duval, 1978). Posteriormente vieram outros relatos de casos e pesquisas abrangendo estresse, trauma e o transtorno de estresse pós-traumático relacionado com o parto.

Em 1992, o holandês Moleman et al, publicaram relatos de três casos clínicos nos quais eles descrevem que “o estresse do parto foi suficiente para precipitar sintomatologia pós-traumática” (Moleman, Van Der Hart *et al.*, 1992). O primeiro caso foi de uma mulher de 24 anos que teve parto gemelar prematuro, durante a cesariana apresentou estado dissociativo

e teve amnésia da maior parte do parto. Duas semanas após o parto passou a apresentar choro fácil, irritabilidade e pesadelos sobre seu parto. Tinha a sensação que estava como num sonho e sentia-se desconectada de seus filhos. O segundo caso descrito foi de uma mulher de 36 anos, com história de infertilidade, gravidez ectópica e abortos prévios. Durante seu trabalho de parto teve muito medo da morte do bebê, necessitou de cesariana devido falha na progressão do parto. Ela apresentou amnésia da maior parte do seu parto. Um ano após seu parto apresentava distúrbios do sono, pesadelos, irritabilidade, culpa por se sentir incapaz de cuidar de seu filho. Já o terceiro caso clínico foi de uma mulher de 28 anos que dois anos após o parto de gêmeos, apresentava entorpecimento afetivo, distúrbio de sono, ansiedade e pensamentos intrusivos e pesadelos acerca de seu parto. Tinha história prévia de infertilidade. Necessitou repouso absoluto no último mês de gestação e durante este período tinha pensamentos recorrentes que seu útero ia se romper e ia perder seus bebês. Durante sua cesariana teve uma reação de pânico e sentia-se como se estivesse fora de seu corpo (Moleman, Van Der Hart *et al.*, 1992).

Em 1993, Janet Menage, recrutou 500 voluntárias, em *Bulkington* no Reino Unido, através de anúncios em jornal. Estas mulheres responderam a questionários sobre a experiência que tiveram após procedimentos obstétricos e ginecológicos. Cem destas mulheres descreveram que o procedimento foi terrível, muito estressante e fora do comum. Estas 100 mulheres receberam em casa um questionário com os critérios diagnósticos do DSM-III para TEPT (*PSTD-I questionnaire*) e 30 delas tiveram diagnóstico de TEPT (Menage, 1993).

Ballard et al, também do Reino Unido, em 1994, publicaram quadro casos clínicos de mulheres que tiveram partos difíceis com dores intensas, procedimentos médicos de urgência ou morte fetal e passaram a apresentar sintomatologia de TEPT, como imagens recorrentes do parto, pesadelos e dificuldades de relacionar-se com o bebê (Ballard, Stanley *et al.*, 1995).

Na época da publicação destes artigos, a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-III) da Associação Americana de Psiquiatria tinha critérios diagnósticos bem restritos para um evento traumático. Apenas situações extremas poderiam ser consideradas um trauma (APA, 1980). A edição revisada do DSM-III afirmava que um evento traumático deveria ser uma situação fora da faixa habitual de experiências humanas e que seria acentuadamente doloroso a quase qualquer um (APA, 1987). Nesta época o parto não poderia então ser considerado um trauma, já que era um acontecimento natural.

Mas, em 1994, com a 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV), os critérios para trauma passaram a ser mais abrangente e houve uma maior valorização da percepção e resposta do indivíduo ao evento do que a natureza do acontecimento em si (APA, 2000). Com esta ampliação do conceito de evento traumático, eventos relacionados ao parto passaram ser reconhecidos como traumáticos (Bailhan e Joseph, 2003), como mostra a Tabela 1.

Tabela 1- Definição de evento traumático nos DSM III, III-R e IV .

DSM-III	DSM-III R	DSM-IV
Existência de um estressor reconhecido que evocaria sintomas de desconforto significativo em quase todas as pessoas	A pessoa vivenciou um acontecimento que está fora da faixa habitual de experiências humanas e que seria acentuadamente doloroso a quase qualquer um, por exemplo, sérias ameaças a vida ou integridade física da pessoa; séria ameaça ou dano aos filhos, cônjuge ou outro parente próximo e amigos; destruição súbita da casa ou da comunidade; ou ver outra pessoa que recentemente foi ou está seriamente traumatizada ou morta como resultado de um acidente ou violência física.	Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiverem 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.

Trauma, em sua raiz etimológica grega, significa “lesão causada por agente externo”. No campo psicológico este termo se refere a situações vividas cuja elaboração transgride as defesas psicológicas naturais. A caracterização de um evento estressor não depende somente do estímulo estressor, mas também do processamento perceptual do indivíduo.

Há situações vividas durante o parto que são compreensivelmente traumáticas, devido ao risco real de morte e ameaça a vida. Mas, o parto pode ser um evento traumático mesmo para as mulheres que tem um parto natural e sem intercorrências médicas, desde que a mulher o perceba como uma agressão ou um risco a sua integridade física e a sua vida ou a do seu bebê.

São considerados fatores de risco para um parto traumático: ter sofrido procedimentos obstétricos, como uso de fórceps ou uma cesariana de urgência (Ryding, Wijma *et al.*, 1998; Creedy, Shochet *et al.*, 2000; Adewuya, Ologun *et al.*, 2006); trabalhos de parto prolongados ou parto sem analgesia adequada, levando a dores intensas (Soet, Brack *et al.*, 2003); ter tido complicações obstétrica, como eclampsia ou hemorragia; ter tido um bebê com problemas de saúde, prematuro, com baixo peso, com malformações ou que necessitou internação em UTI neonatal (Holditch-Davis, Bartlett *et al.*, 2003; Åhlund, Clarke *et al.*, 2009; Vanderbilt, Bushley *et al.*, 2009). Além disto, insatisfação com o atendimento da equipe de saúde (Creedy, Shochet *et al.*, 2000; Soet, Brack *et al.*, 2003); ter pouco suporte familiar e do parceiro (Czarnocka e Slade, 2000); ter medo do parto (Soderquist, Wijma *et al.*, 2009); ser primípara (Wijma, Soderquist *et al.*, 1997); ter história pregressa de transtornos psiquiátricos (Wijma, Soderquist *et al.*, 1997; Soderquist, Wijma *et al.*, 2009) e ter experiências traumáticas prévias (Soet, Brack *et al.*, 2003).

Os resultados do estudo de Cheryl Beck ressaltam a importância da satisfação com a equipe de saúde. Ela identificou que havia quatro temas predominantes no discurso de mulheres com partos traumáticos: 1) sensação de abandono e solidão, de dignidade ferida e pouco suporte por ter considerado atendimento recebido “mecânico”, “arrogante”, “frio”, “técnico” e sem “empatia”; 2) consideravam falha a comunicação da equipe de saúde, pois a equipe discutia entre si mas não dava informações sobre o que estava acontecendo; 3) ao perceber que o atendimento da equipe de saúde era inadequado passavam a temer pela sua vida e a vida do bebê; 4) a equipe de saúde considerava um parto de sucesso quando não haviam complicações com a mãe ou o recém-nascido sem dar importância de como foi a percepção da puerpera do parto (Beck, 2004a).

Após vivenciar um evento traumático, algumas pessoas são resilientes, ou seja, conseguem absorver o impacto psicológico de tal experiência, retomam uma vida normal e não desenvolvem transtornos mentais. Mas outras apresentam sintomas psiquiátricos, seja

temporariamente ou de forma intensa e mais prolongada caracterizando um transtorno psiquiátrico (Bonanno, 2008).

Quando a mulher passa um mês ou mais, após o trauma, apresentando revivência do trauma, esquiva, hipervigilância e entorpecimento afetivo, como descrito na tabela 2, podemos caracterizar o quadro como TEPT. As mulheres mais predispostas a desenvolver o TEPT relacionado com o parto são aquelas que fazem uma avaliação mais negativa do evento estressor e que tem pobre elaboração e contextualização tornam a memória do evento fragmentada (Bryant, 2003). A vulnerabilidade pode ser devido à pré-existência de variáveis psicológicas e biológicas ou experiências traumáticas anteriores.

Tabela 2- Critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Critério A. Exposição a um evento traumático no qual os seguintes questos 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) esforços 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 restrita (por ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);
	(7) sentimento de um futuro abreviado (por ex., não espera ter uma carreira profissional, casamento, filhos ou um período normal de vida).

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 sobressalto 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.

Após a publicação do DSM-IV o TEPT relacionado com o parto passou a ser mais bem estudado. Um dos primeiros estudos foi do professor Klass Wijma et al., em 1997, na Suécia. Ele realizou um estudo transversal com 1640 puérperas, no qual foram postados para elas questionários um mês após o parto. Foi utilizado a *Traumatic Event Scale* (TES) para avaliar os critérios do DSM-IV para TEPT e observado que 1,7% da amostra preenchiam o diagnóstico. O grupo mais susceptível foram as primíparas e as que tiveram consultas prévias com psiquiatra (Wijma, Soderquist *et al.*, 1997).

Em 2000, a enfermeira australiana Debra Creedy publicou o artigo com os resultados do estudo que ela conduziu com 592 mulheres entre 1997 e 1998. No último trimestre da gestação as mulheres foram convidadas a participar do estudo e foram obtidos dados demográficos e obstétricos. Com seis semanas após o parto, as puérperas foram entrevistadas por telefone, o avaliador perguntava acerca de seu trabalho de parto e parto e utilizava o *The Perception of Care Questionnaire*. Quando a mulher relatava o parto como um evento traumático era aplicado a *Posttraumatic Stress Symptoms Interview* (PSS). Trinta e três por cento da amostra relatou ter tido um parto estressante e traumático; com dor extrema, medo de morrer, medo da morte do bebê e pouco suporte; e 5,6% preencheram critérios para TEPT. O fator que se mostrou associado à ocorrência do parto traumático foi o alto grau de intervenção

obstétrica, especialmente a cesariana de urgência e uso de fórceps. Dados demográficos, suporte do companheiro, risco obstétrico, complicações com o recém-nascido, satisfação com o atendimento da equipe de saúde e ansiedade não mostraram relação significativa com o parto traumático (Creedy, Shochet *et al.*, 2000).

Jo Czarnocka e Pauline Slade realizaram um estudo prospectivo no Reino Unido, em 2000, no qual uma amostra de 298 mulheres responderam questionários com 72 horas e seis semanas após o parto. Oito puérperas (3%) preencheram todos os critérios para TEPT pela *Post-traumatic Stress Disorder Questionnaire Measure* (PTSD-Q) e 64 (24,2%) tiveram alguns sintomas. Mulheres que tinham história prévia de transtorno psiquiátrico, que tiveram uma gestação não planejada, que estavam sem acompanhante no momento do parto, que tiveram baixa percepção de controle no momento do parto, que tiveram medo de morrer ou da morte de seus bebês e tiveram pouco suporte e informações da equipe de saúde tiveram uma ocorrência significativamente maior de TEPT. Além disto, 75% das mulheres com TEPT apresentou também sintomas depressivos pela *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) (Czarnocka e Slade, 2000).

Em 2001, em Londres, Susan Ayers e Alan Pickering também realizaram um estudo prospectivo, avaliaram mulheres com 36 semanas de gestação e seis semanas e seis meses de pós-parto. Na gestação foi utilizado o *MMPI-2- Post-traumatic Stress Disorder Scale* e no pós-parto a *Post-traumatic Stress Disorder Symptom Scale* (PSS) que tem alto poder de especificidade. Ao se excluir as mulheres que tinham TEPT e depressão na gestação, foi observado que 2,8% da amostra (de 218 mulheres) com seis semanas de pós-parto apresentava TEPT e 1,5% das (201 mulheres) com seis meses após parto (Ayers e Pickering, 2001).

Entre 2000 e 2001 foi realizado a coleta de dados do estudo conduzido por Soet et al em Atlanta, nos Estados Unidos. Uma amostra de 103 mulheres responderam questionários que foram postados para suas residências na gestação e foram entrevistadas por telefone com um mês após o parto. Trinta e cinco mulheres (34%) tiveram um parto traumático e destas, 5,7% preencheram os critérios para TEPT utilizando-se a *Traumatic Event Scale* (TES) (Soet, Brack *et al.*, 2003).

Posteriormente outros estudos quantitativos transversais e prospectivos foram realizados, confirmando que o parto é um possível evento estressor e que pode ocorrer TEPT relacionado ao parto. Estudos de prevalência do TEPT relacionado ao parto, realizados na

Europa (Wijma, Soderquist *et al.*, 1997; Skari, Skreden *et al.*, 2002; Olde, Van Der Hart *et al.*, 2005; Van Son, Verkerk *et al.*, 2005; Maggioni, Margola *et al.*, 2006; Boudou, Séjourné *et al.*, 2007; Soderquist, Wijma *et al.*, 2009), Reino Unido (Czarnocka e Slade, 2000; Ayres e Pickerring, 2001; Ford, Ayers *et al.*, 2010), Estados Unidos (Soet, Brack *et al.*, 2003), Austrália (Creedy, Shochet *et al.*, 2000; White, Matthey *et al.*, 2006; White, Matthey *et al.*, 2006; Alcorn, O'donovan *et al.*, 2010a; Alcorn, O'donovan *et al.*, 2010b) e Nigéria (Adewuya, Ologun *et al.*, 2006), mostram prevalência entre 0,8% a 5,6%. Os principais fatores de risco identificados foram: primiparidade (Wijma, Soderquist *et al.*, 1997), transtorno psiquiátrico prévio (Wijma, Soderquist *et al.*, 1997), abortos prévios (Maggioni, Margola *et al.*, 2006), parto prematuro (Maggioni, Margola *et al.*, 2006), dor intensa (Soet, Brack *et al.*, 2003), procedimentos obstétricos de urgência (Adewuya, Ologun *et al.*, 2006), experiência dissociativa (Van Son, Verkerk *et al.*, 2005) e hostilidade e pouco suporte da equipe médica (Soet, Brack *et al.*, 2003).

Todas as mulheres parecem apresentar estratégias de enfrentamento, preocupação com sua própria vida e a vida do bebê, medo, apreensão e ansiedade durante o parto. Mas, especialmente as que desenvolvem TEPT apresentam emoções negativas e experiências dissociativas periparto (Ayres, 2007).

Segundo o DSM-IV, a característica essencial dos transtornos dissociativos é uma perturbação nas funções habitualmente integradas de consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente. O distúrbio pode ser súbito ou gradual, transitório ou crônico (APA, 2000). Os sintomas dissociativos que ocorrem no momento de um evento traumático são denominados experiências dissociativas peritraumáticas (Marmar, Weiss *et al.*, 1998; Marmar, Weiss *et al.*, 1999). Podem ocorrer alterações na percepção do tempo, percepção diminuída do ambiente e do que está acontecendo, sensação de estar no “piloto automático”, despersonalização, desrealização, distorção na percepção corporal, amnésia, e desorientação. Estes sintomas são considerados um mecanismo de enfrentamento do evento traumático e podem ter um efeito adaptativo (por exemplo, para reduzir a dor ou a humilhação) (Briere, Scott *et al.*, 2005).

Experiências dissociativas peritraumáticas têm sido estudadas em veteranos de guerra (Marmar, Weiss *et al.*, 1994; Tichenor, Marmar *et al.*, 1996; Bremner e Brett, 1997; O'toole, Marshall *et al.*, 1999; Kaufman, Kimble *et al.*, 2002), em sobreviventes de desastres (Koopman, Classen *et al.*, 1994; Birmes, Brunet *et al.*, 2005; Van Der Velden, Kleber *et al.*,

2006) ou acidentes automobilísticos (Ursano, Fullerton *et al.*, 1999; Fullerton, Ursano *et al.*, 2001; Holeva e Tarrier, 2001), pacientes com câncer (Kangas, Henry *et al.*, 2005), vítimas de violência e terrorismo (Tucker, Dickson *et al.*, 1997; Marchall e Schell, 2002; Birmes, Brunet *et al.*, 2003) e em partos traumáticos (Olde, Van Der Hart *et al.*, 2005) e têm sido relacionadas à ocorrência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (Lensvelt-Muders, Van Der Hart *et al.*, 2008; Van Der Velden e Wittmann, 2008).

Ozer et al. realizou uma revisão da literatura sobre os fatores de risco para TEPT, na qual foram incluídos 68 estudos envolvendo os mais variados tipos de trauma. Na metaanálise ele observou que o fator que teve maior peso para ocorrência de TEPT foi dissociação peritraumática, comparado a outros fatores como, trauma prévio, transtorno psiquiátrico prévio, história familiar de transtorno psiquiátrico, percepção de ameaça à vida durante o trauma, suporte social pós trauma, resposta emocional peritraumática (Ozer, Best *et al.*, 2003).

Vivências de sintomas dissociativos durante o parto são fatores associados a subsequente TEPT (Olde, Van Der Hart *et al.*, 2005; Van Son, Verkerk *et al.*, 2005). Quanto mais emoções negativas as mulheres apresentam durante o parto, como medo, pavor, perda de controle, tristeza, culpa e vergonha, mais também apresentam sintomas dissociativos (Olde, Van Der Hart *et al.*, 2005). Dor e partos com procedimentos médicos são fatores que contribuem para a ocorrência dos sintomas dissociativos e suporte social e receber informações da equipe de saúde sobre os procedimentos realizados no parto são fatores protetores (Van Son, Verkerk *et al.*, 2005).

No estudo de Olde et al (2005), 140 puérperas responderam a questionários postados para suas casas. Elas preencheram o *Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire-self-report version* (PDEQ-SRV) e o *Posttraumatic Stress Disorder Symptom Scale self-report version* (PSS-SR). Trinta mulheres (21,4%) tiveram um parto traumático, 2,1% tinham TEPT e experiências dissociativas peritraumáticas estavam correlacionadas com a ocorrência de TEPT (Olde, Van Der Hart *et al.*, 2005).

Van Son et al. (2005) entrevistaram 248 mulheres com três meses de pós-parto. Dezenove por cento da amostra apresentou escore indicando dissociação grave periparto (escore ≥ 24 da PDEQ-SR) e 8,1% apresentava quadro de TEPT pelo questionário *Impact of Event Scale* (IES). Dor e tipo de parto mostraram correlação com a dissociação e esta mostrou correlação com o TEPT.

No estudo francês de Boudour et al (2007) 117 mulheres foram entrevistadas 24 horas após o parto, avaliando dor, estresse emocional e experiências dissociativas. Com 6 semanas após o parto foram postados questionários avaliando sintomas de TEPT e depressão. Um por cento da amostra tinha TEPT. A ocorrência de TEPT foi associado a intensidade de dor e emoções negativas, mas não observaram associação com dissociação periparto.

O TEPT relacionado com parto deve ser melhor conhecido e identificado pelos profissionais de saúde. O TEPT pode causar impacto negativo na vida pessoal e familiar e na relação mãe-bebê. Muitas mulheres mudam seus planos reprodutivos, não querem ter mais filhos por medo de viver um novo parto (Ayers, Eagle *et al.*, 2006). A insegurança e receio de uma gravidez indesejada leva a tensão na vida sexual, incompreensão por parte dos companheiros e conflitos na vida conjugal (Ayers, Eagle *et al.*, 2006).

Este presente estudo teve como objetivo geral estudar a frequência e as características do parto traumático numa amostra de puérperas oriundas de duas maternidades na cidade de Recife. A primeira hipótese é que o parto traumático ocorre em parturientes brasileiras e que fatores obstétricos, satisfação com o atendimento da equipe de saúde, intensidade de dor no parto, experiências dissociativas no parto e/ou ter passado por eventos traumático prévios estão relacionadas com este evento. A segunda hipótese é que as mulheres que consideraram seus partos como traumáticos podem desenvolver TEPT ou depressão posteriormente.

ARTIGO I
COMUNICAÇÃO BREVE

ARTIGO I

COMUNICAÇÃO BREVE

Artigo oriundo de amostra de 400 puérperas do projeto de pesquisa realizado durante mestrado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da UFPE.

Archives of Women's Mental Health

Related subjects: medicine - psychiatry

Impact Factor: 1.427 (2009)

DOI 10.1007/s00737-011-0224-4

Received: 27 june 2010 / Accepted: 16 june 2011

BIO-SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN A SAMPLE OF POSTPARTUM BRAZILIAN WOMEN

Article Type: Short Communication

Authors: Carla Zambaldi; Amaury cantilino, Phd; Everton botelho sougey, Phd

Abstract: Post-traumatic stress disorder (PTSD) is common among women. In the postpartum period, the prevalence is between 1 and 6%. The present study investigated PTSD in a sample of 400 Brazilian women between two and 26 weeks postpartum, using the Mini-International Neuropsychiatric Interview and found a frequency of 5.3%. The factors associated with the occurrence of PTSD were low purchasing power, a history of psychiatric disorders, clinical

disease and the infant having experienced some complication. Keywords: postpartum; puerperium; stress; posttraumatic stress disorder

INTRODUCTION

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is more likely to develop in females than in males following exposure to a traumatic event (Breslau et al. 1997a; Tolin & Foa 2006; Breslau et al. 1998; Breslau et al. 1997b). Research consistently finds that men are more likely to experience traumatic events (Kessler et al. 1995; Stein et al. 1997), whereas women are more than twice as likely to develop PTSD (Wolfe & Kimerling 1997; Norris et al. 2002; Tolin & Foa 2006; Breslau et al. 1997b). However, the types of trauma men and women experience are not equivalent. Women are more likely to report sexual assault, whereas men are more likely to report gunshot wounds, physical assaults, motor vehicle accidents and combat (Breslau et al. 1998; Kessler et al. 1995; Stein et al. 1997). Explanations for gender differences regarding the PTSD rate may involve individual characteristics and the type of traumatic experience (Breslau et al. 1997a; Tolin & Foa 2006).

The current estimated prevalence of PTSD is 2% for women and 1% for men (Stein et al. 1997; Pergonigg et al. 2001). Few studies have examined the prevalence and nature of postpartum PTSD or other anxiety disorders in this period (Wenzel et al. 2005). The existing literature on postpartum PTSD typically focuses on traumatic childbirth (Bailhan & Joseph 2003; Beck 2004b; Czarnocka & Slade 2000; Reynolds 1997; Wijma et al. 1997). Using childbirth as the index stressor, the prevalence rate of PTSD is between 1.3% and 5.9% (Zambaldi et al. 2010).

PTSD during the postpartum period can have a negative impact on the mother-infant interaction. Studies of interactions between anxious mothers and their children report that such women exhibit less sensitive responsiveness and reduced emotional tone during interactions with their babies (Nicol-Haper et al. 2007) and are less warm and less positive (Whaley et al. 1999). A qualitative study involving mothers with PTSD related to traumatic childbirth found reports of rejection of the infant, along with either avoidant or overprotective behavior towards the child (Ayers et al. 2006).

There are few studies of postpartum anxiety disorders in Brazil. No study was found in indexed periodicals on PTSD in Latin American women. The aim of the present study was

thus to investigate the prevalence of postpartum PTSD related to childbirth as well as other types of trauma and identify the associated risk factors. This article hopes to contribute to the body of knowledge regarding this disease in postpartum women.

METHOD

This study was approved by the Ethics Committee of the Fernando Figueira Maternity Children's Institute (Brazil). All participants signed terms of informed consent.

A convenience sample of 400 new mothers was recruited from three medical institutions during routine pediatric evaluations of their newborns: 294 from two public hospitals (the Hospital of the Federal University of Pernambuco and Fernando Figueira Maternity-Children's Institute) and 106 from a private office, all located in the city of Recife, in the Brazilian State of Pernambuco. The aim of this procedure was to obtain a representative population comprising subjects from different socioeconomic backgrounds.

The inclusion criteria were as follows: (1) ability to speak, read and understand Portuguese; (2) between two and 26 weeks postpartum; (3) delivery of a live, healthy infant that was alive at the time of the interview; and (4) willingness to participate in the study. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) [16], in its Portuguese version [17], was used to diagnose current PTSD and determine whether the disorder started after or before the delivery. A questionnaire on socio-demographic characteristics was used to ascertain the following information: (a) general demographic background; (b) data relating to the course of the pregnancy, delivery and postpartum events; (c) personal and family psychiatric history; and (d) socio-professional status. Treatment was offered for all women diagnosed with PTSD.

The level of significance was set at $p < 0.05$ (two-tailed test). Statistical analysis was performed using the SPSS program, Version 13.

RESULTS

The mean age of the sample ($n=400$) was 27.2 years $\pm$ 6.05 (range 15-44 years). Three hundred and forty-two (85.5%) were married or lived with a partner; 138 (34.5%) had an unplanned pregnancy; and 141 (35.30%) experienced some kind of complication during

pregnancy or on delivery. Two hundred women from the sample (50%) were unemployed, 141 (35.3%) had low purchasing power (family income of one minimum wage or less), and 155 (38.8%) moderate purchasing power (family income of between two and five minimum wages).

Twenty-one (5.3%) met the diagnostic criteria (MINI) for PTSD, eight of whom (2.3%) reported postpartum onset of the disorder. In the 21 women with PTSD, there were cases of traumatic childbirth, but also childhood trauma, assault and sexual violence. There were cases of sexual assault, partner violence, crime, seeing others injured or killed, and death of a loved one. The women with postpartum onset of PTSD reported traumatic birth and partner violence during pregnancy.

Table 1 displays the socio-demographic characteristics, obstetric history, complications in the infant and history of somatic disease or psychiatric disorders among the women with (n=21) and without (n=379) PTSD. PTSD was more frequent among postpartum women with low purchasing power, with a personal history of previous psychiatric disorders or somatic disease and those whose infant experienced some medical complication. The most common somatic diseases were arterial hypertension and diabetes mellitus and the most common complications with the baby were prematurity, low birth weight and jaundice. It was not possible identify specific previous psychiatric disorders. There were no significant differences between postpartum women with and without PTSD in terms of marital status, level of education, employment status, unwanted pregnancy, obstetric complications during pregnancy or on delivery, method of delivery, low birth weight, need for hospital care of infant, or family history of psychiatric disorders.

Table 1- Socio-demographic characteristics, obstetric history, and history of somatic disease or psychiatric disorder

Variable	total sample (n=400)	postpartum women with PTSD (n=21)	postpartum women without PTSD (n=379)	p-Value*	OR (CI 95%)
Marital status				p ⁽¹⁾ =0.543	
Married/Live with the partner	342 (85.5%)	17 (80.9%)	325 (85.8%)		
Single/Divorced/Widowed	58 (13.5%)	4 (19.1%)	54 (14.2%)		1.4 (0.46-4.37)

Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático

Professional status				$p^{(1)}=0.070$	
Employed	198 (49.5%)	6 (28.6%)	192 (50.6%)		
Unemployed	200 (50.0%)	14 (66.7%)	186 (49.1%)		1.42 (0.16-1.10)
Missing data	2 (0.5%)	1 (4.7%)	1 (0.3%)		
Level of education (years)				$p^{(1)}=0.072$	
0-8	42 (10.5%)	4 (19.0%)	38 (10.0%)		
9-11	92 (23.0%)	7 (33.4%)	85 (22.4%)		**
12-17	186 (46.5%)	10 (47.6%)	176 (46.5%)		
≥ 18	80 (20%)	0	80 (21.1%)		
Purchasing power				$p^{(1)}=0.005^*$	
Low	141 (35,3%)	14 (28.6%)	127 (33.5%)		
Intermediate	155 (38,7%)	6 (66.7%)	149 (39.3%)		**
High	104 (26,0%)	1 (4.7%)	103 (27.2%)		
Pregnancy				$p^{(1)}=0.319$	
Unwished	260 (65.0%)	11 (52.4%)	249 (65.7%)		
Wished	138 (34.5%)	9 (42.9%)	129 (34.0%)		0.63 (0.26-1.57)
Missing data	2 (0.5%)	1 (4.7%)	1 (0.3%)		
Obstetric complications in pregnancy or at birth				$p^{(1)}=0.093$	
Yes	141 (35.25%)	11 (52.4%)	130 (34.3%)		2.1 (0.87-5.07)
No	258 (64.5%)	10 (47.6%)	248 (65.4%)		
Missing data	1 (0.25%)	-	1 (0.3%)		
Method of delivery				$p^{(1)}=0.411$	
Vaginal birth	157 (39.25%)	11 (52.4%)	146 (38.5%)		
Cesarean section	242 (60.5%)	10 (47.6%)	232 (61.2%)		**
Missing data	1 (0.25%)	-	1 (0.3%)		
Weight of the baby				$p^{(2)}=0.520$	
$\geq 2.500\text{Kg}$	328 (82.0%)	18 (85.7%)	310 (81.8%)		0.82 (0.24-2.87)
$< 2.500\text{Kg}$	66 (16.5%)	3 (14.3%)	63 (16.6%)		
Missing data	6 (1.5%)	-	6 (1.6%)		

Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático

Pediatric complications with

the baby

 $p^{(1)}=0.042^*$

Yes	97 (24.3%)	9 (42.9%)	88 (23.2%)	2.47 (1.01-6.06)
No	302 (75.5%)	12 (57.1%)	290 (76.5%)	
Missing data	1 (0.3%)	-	1 (0.3%)	

Baby stay in hospital

 $p^{(1)}=0.453$

Yes	105 (26.2%)	7 (33.3%)	98 (25.8%)	1.43 (0.56-3.64)
No	294 (73.5%)	14 (66.7%)	280 (73.9%)	
Missing data	1 (0.3%)	-	1 (0.3%)	

Women with some

somatic disease

 $p^{(1)}=0.024^*$

Yes	53 (13.2%)	6 (28.6%)	47 (12.4%)	3.00 (1.11-8.24)
No	345 (86.3%)	14 (66.6%)	331 (87.3%)	
Missing data	2 (0.5%)	1 (4.8%)	1 (0.3%)	

Personal history of

psychiatric disorder

 $p^{(1)}=0.002^*$

Yes	37 (9.2%)	6 (28.6%)	31 (8.2%)	4.47 (1.62-12.33)
No	361 (90.3%)	15 (71.4%)	346 (91.3%)	
Missing data	2 (0.5%)	-	2 (0.5%)	

Family history of

psychiatric disorder

 $p^{(2)}=0.138$

Yes	113 (28.25%)	9 (42.9%)	104 (27.4%)	1.947 (0.79-4.76)
No	282 (70.5%)	12 (57.1%)	270 (71.3%)	
Missing data	5 (1.25%)	-	5 (1.3%)	

PTSD=Post-traumatic stress disorder

* Statistically significant ($p<0.05$)

** OR are not computed because either (1) the group variable does not have exactly two distinct non-missing values or/and (2) the response variable does not have exactly distinct non-missing values.

(1) Values based on Pearson chi square (2) Values based on Fisher exact test

DISCUSSION

Although this study covered types of trauma other than childbirth and included women with previous PTSD, the prevalence of PTSD found (5.3%) was similar to that described in other studies of PTSD following traumatic childbirth (Bailhan & Joseph 2003; Beck 2004b; Czarnocka & Slade 2000; Reynolds 1997; Wijma et al. 1997).

Women with a prior history of psychiatric disorders appear to be the group that is most vulnerable to PTSD (Wijma et al. 1997; Czarnocka & Slade 2000). In the present study, PTSD was four times more prevalent among the women with a history of some psychiatric disorder. Another risk factor observed was somatic disease, low purchasing power and complications in the baby.

Previous trauma, personality characteristics such depression, high anxiety, low ability to cope with stress, and low perceived social support have also been associated with the occurrence of PTSD but these factors were not investigated in this study (Soderquist et al. 2009). As in previous studies, no significant associations were found between PTSD and marital status (Wijma et al. 1997; Adewuya et al. 2006; Soderquist et al. 2009), schooling (Wijma et al. 1997; Adewuya et al. 2006; Soderquist et al. 2009), employment status or unwanted pregnancy. Experiencing obstetric complications during pregnancy or childbirth and undergoing a cesarean section have often been associated with PTSD (Maggioni et al. 2006), but no such associations were found in the present study.

This study has a number of limitations that should be mentioned. There was no investigation of other risk factors, such as peripartum dissociation, presence of partner during childbirth, satisfaction with the health care team and previous traumatic events. Moreover, the types of traumatic events experienced were not recorded quantitatively.

CONCLUSION

Little data is available on PTSD in postpartum Latin American women. The findings of the present study suggest that this disorder is frequent and merits more attention from physicians and researchers. The women most susceptible to PTSD are those with a history of psychiatric disorders, those with a clinical disease, low purchasing power and those whose infant has experienced complications during or following birth.

- Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS (2006) Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: Prevalence and risk factors. *BJOG* 113:284-288
- Ayers S, Eagle A, Waring H (2006) The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationship: A qualitative study. *Psychol Health Med* 11 (4):389-398
- Ayres S, Pickering D (2001) Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 28 (2):111-118
- Bailhan D, Joseph S (2003) Post-traumatic stress following childbirth: A review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine* 8 (2):159-168
- Beck CT (2004b) Post-traumatic stress disorder due to childbirth. *Nurs Res* 53 (4):216-224
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz LR (1997a) Sex differences in post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54:1044-1088
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Shultz LR (1997b) Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 54 (11):1044-1048
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry* 55:626-632
- Czarnocka J, Slade P (2000) Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychology* 39:35-51
- Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB (1995) Posttraumatic stress disorder in the national comorbid survey. *Arch Gen Psychiatry* 52 (12):1048-1060
- Maggioni C, Margola D, Fillippi F (2006) Ptsd, risk factors, and expectations among women having a baby: A two-wave longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 27 (2):81-90
- Nicol-Haper R, Harvey AG, Stein A (2007) Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant behavior & Development* 30:161-167

- Norris FH, Foster JD, Weisshaar DL (2002) The epidemiology of sex differences in PRSD across developmental, societal, and research contexts. In: Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J (Eds) *Gender and ptsd*. The Guilford Press, New York, pp 3-42
- Pergonigg A, Kessler RC, Storz S, Wittchen H (2001) Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbid. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101 (1):46-59
- Reynolds JL (1997) Post-traumatic stress disorder after childbirth the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Assoc J* 156 (6):831-835
- Soderquist J, Wijma B, Thobert G, Wiljma K (2009) Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BLOG* 116:672-680
- Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR (1997) Full and partial posttraumatic stress disorder: Findings from a community survey. *Am J Psychiatry* 154 (8):1114-1119
- Tolin DF, Foa EB (2006) Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin* 132 (6):959-992
- Wenzel A, Haugen EN, Jackson LC, Brendle JR (2005) Anxiety symptoms and disorders at eight weeks postpartum. *Anxiety Disorders* 19:295-311
- Whaley SE, Pinto A, Sigman M (1999) Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of consulting and clinical psychology* 67 (6):826-836
- Wijma K, Soderquist J, Wijma B (1997) Posttraumatic stress disorder after childbirth: A cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders* 11 (6):587-597
- Wolfe J, Kimerling R (1997) Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. In: Wilson J, Keane T (eds) *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford Press, New York, pp 192-238
- Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB (2010) Traumatic birth and posttraumatic stress disorder: A review. *J Bras Psiquiatr* 58 (4):252-257

REVISÃO DA LITERATURA

ARTIGO II
ARTIGO DE REVISÃO

ARTIGO II ARTIGO DE REVISÃO

Jornal Brasileiro de Psiquiatria

QUALIS B2 NACIONAL

J. bras. psiquiatr. vol.58 no.4 Rio de Janeiro 2009

DOI: 10.1590/S0047-20852009000400006

Recebido em 16/9/2009

Aprovado em 17/11/2009

Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático: revisão da literatura

Traumatic birth and posttraumatic stress disorder: a review

Carla Fonseca Zambaldi^I; Amaury Cantilino^{II}; Everton Botelho Sougey^{III}

^IUniversidade Federal de Pernambuco (UFPE), Departamento de Neuropsiquiatria, Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento e Programa de Saúde Mental da Mulher

^{II}Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Saúde Mental da Mulher

^{III}Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

RESUMO

OBJETIVO: Esta revisão da literatura tem como objetivo verificar a prevalência e os fatores de risco do parto traumático e do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) relacionado com o parto. **MÉTODOS:** Foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados PubMed e BIREME, com as expressões "traumatic birth", "traumatic delivery", "postpartum posttraumatic stress disorder", "childbirth", "stress disorder" e avaliados estudos de 1994 a 2009. **RESULTADOS:** Três estudos qualitativos e quatro quantitativos sobre o parto traumático mostram que sua prevalência varia de 21,4% a 34% e que a mulher apresenta, durante o trabalho de parto ou o parto, medo intenso de sua morte ou do bebê, além de

impotência, desamparo e horror. O parto traumático está relacionado a partos dolorosos, com procedimentos obstétricos de urgência e com assistência inadequada da equipe de saúde. Quanto ao TEPT relacionado com o parto, foram encontrados um estudo qualitativo e doze quantitativos e sua prevalência variou de 1,3% a 5,9%. Mulheres que apresentaram sintomas dissociativos ou emoções negativas no parto, que tiveram eventos traumáticos prévios, depressão na gestação e que tiveram pouco suporte social e pouco apoio da equipe de saúde são as mais vulneráveis para TEPT pós-parto. **CONCLUSÃO:** O parto traumático, apesar de pouco conhecido, não é um evento raro e traz consequências negativas para a vida da mulher, podendo inclusive ser sucedido de TEPT. A equipe de saúde que assiste mulheres no periparto deve estar preparada para prevenir e identificar esses casos.

Palavras-chave: Parto traumático, transtorno de estresse pós-traumático, puerpério, pós-parto.

ABSTRACT

OBJECTIVE: The objective of this review was to examine the prevalence and risk factors of traumatic birth and childbirth-related posttraumatic stress disorder. **METHODS:** A literature search was carried out on the PubMed and BIREME databases using the search strings "traumatic birth", "traumatic delivery", "postpartum posttraumatic stress disorder", "childbirth" and "stress disorder". The search encompassed articles on prevalence and risk factors of traumatic delivery and childbirth-related posttraumatic stress disorder published between 1994 and 2009. **RESULTS:** Three qualitative and four quantitative studies on traumatic delivery revealed a rate ranging from 21.4% to 34%. Traumatic delivery is defined when, during labor or delivery, the mother presents intense fear of her own death or that of her child, besides feelings of impotence, helplessness and horror. Traumatic delivery is associated with painful delivery, emergency obstetric procedures and inadequate care from the health team. With regard to post partum PTSD, one qualitative and twelve quantitative studies were found, reporting a prevalence of 1.3% to 5.9%. Women who presented dissociation symptoms or negative emotions during delivery, or a history of traumatic events, depression in pregnancy, poor social support and a perception of a staff less supportive proved more vulnerable to post partum PTSD. **CONCLUSION:** Although not well understood, traumatic delivery is a relatively common event which negatively impacts women's lives and may be a precursor to post partum PTSD. Health teams charged with caring for women during

the peripartum period should be aware of this condition to allow identification and prevention of cases.

Keywords: Traumatic birth, posttraumatic stress, disorder, puerperium, postpartum.

INTRODUÇÃO

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é uma entidade nosológica reconhecida desde 1980, quando a American Psychiatric Association publicou a terceira edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)¹. O seu conceito sofreu modificações nas edições posteriormente publicadas do DSM-III-TR, DSM-IV e DSM-IV-TR¹⁻⁴.

Os critérios diagnósticos de evento traumático, definidos pelo DSM-III, eram bem restritos e apenas situações extremas poderiam ser consideradas um trauma¹, mas em 1994, com a 4ª edição do DSM, passaram a ser mais abrangentes e houve uma maior valorização da percepção e resposta do indivíduo ao evento do que a natureza do acontecimento em si⁴. Com essa ampliação do conceito de evento traumático, eventos relacionados ao parto passaram a ser reconhecidos como traumáticos e o desenvolvimento do TEPT como consequência do parto pode ser diagnosticado e mais bem estudado⁵.

O parto traumático é definido 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"⁶.

Algumas experiências durante o trabalho de parto ou no momento do parto que para algumas mulheres não trazem consequências para outras podem fazer com que elas experimentem esse evento como psiquicamente traumático⁷. Quando ocorrem complicações obstétricas ou complicações neonatais, é compreensível que esse momento da vida da mulher seja traumático. Mulheres que sofrem cesariana de urgência⁸⁻¹¹, que passam por algum outro procedimento obstétrico de urgência ou cujo recém-nascido é extraído com o uso de fórceps ou a vácuo¹² podem considerar o parto como traumático. Também aquelas que tiveram bebê

premature¹³ ou cujo bebê necessitou de internação em unidade de terapia intensiva¹⁴ ou que tinha algum comprometimento de saúde ou faleceu.

É comum aos profissionais de saúde o reconhecimento do parto traumático como aquele que tem como consequência injúrias físicas para a mulher ou para o recém-nascido, mas ainda é pouco conhecido que o parto pode ser um evento psiquicamente traumático para a mulher⁷. Mesmo um parto considerado pela equipe de saúde rotineiro e normal pode ser para algumas mulheres um parto traumático. Está relacionado a essa situação apresentar durante o trabalho de parto medo intenso de morrer ou medo intenso da morte do bebê^{8,10}; sentir dor intensa e prolongada^{8,10,15}; perceber a assistência da equipe de saúde como inadequada^{8,10}; ter falta de informação quanto ao procedimento a que está sendo submetida⁸; ter a sensação de perda de controle¹⁰; ou sofrer alguma experiência humilhante¹⁰.

Após viver um parto traumático, algumas mulheres passam a apresentar no pós-parto recordações aflitivas do parto, por meio de imagens, ideias, sonhos ou emoções, e desenvolvem esquiva de situações, pessoas, lugares e pensamentos que a façam lembrar o parto. Associado a esse quadro, elas também apresentam hiperexcitabilidade e entorpecimento afetivo, caracterizando-se como TEPT⁴.

Essa revisão se propõe a avaliar artigos disponíveis na literatura científica desde a publicação do DSM-IV (1994) até o presente momento, com o objetivo de verificar a prevalência e os fatores de risco do parto traumático e TEPT relacionado ao parto. Esse é um assunto pouco abordado em nosso meio apesar de ter grande importância na saúde pública. O não reconhecimento desses transtornos pelos profissionais de saúde que assistem as mulheres no periparto pode trazer prejuízos para elas e cronificar seu sofrimento psíquico.

MÉTODOS

Este artigo de revisão foi elaborado a partir de uma pesquisa nos bancos de dados PubMed e BIREME. As palavras-chave utilizadas foram "traumatic birth", "traumatic delivery", "postpartum posttraumatic stress disorder", "childbirth", "stress disorder". Também foram analisados artigos que se encontravam nas referências bibliográficas das fontes indexadas e o período pesquisado foi compreendido entre 1994 e 2009.

Foram incluídos estudos quantitativos ou qualitativos, que tratassem do conceito, da prevalência e/ou de fatores de risco do parto traumático ou do TEPT relacionado ao parto. Foram excluídos estudos que não fossem publicados em inglês ou português, relatos de casos, artigos de revisão, artigos cujos critérios para evento traumático ou TEPT não fossem baseados no DSM-IV e aqueles que não discriminavam que TEPT no pós-parto estava relacionado com evento traumático no parto.

RESULTADOS

O parto traumático

Foram encontradas 49 publicações que envolviam o tema "parto traumático". Depois da avaliação do resumo dessas publicações, 15 artigos em inglês foram inicialmente selecionados e solicitados na íntegra. Após a leitura desses artigos, sete estudos foram incluídos nesta revisão por preencherem os critérios de inclusão, discriminados anteriormente.

Foram incluídos nesta revisão três estudos qualitativos, os quais analisaram a fala, os pensamentos e as emoções de mulheres que tiveram partos traumáticos ([Tabela 1](#)). No estudo conduzido por Cheryl Beck⁶, participaram 23 mulheres da Nova Zelândia, oito dos Estados Unidos, seis da Austrália e três do Reino Unido. Elas foram convidadas a participar do estudo por meio de um *site* sobre parto traumático e escreveram por e-mail para a pesquisadora sobre suas experiências do parto. Ao analisar o que foi escrito por essas mulheres, Cheryl Beck identificou que havia quatro temas predominantes: 1) As mulheres tinham sensação de abandono e solidão, sentiam sua dignidade ferida e tinham pouco suporte. Consideravam o atendimento recebido no parto como "mecânico", "arrogante", "frio", "técnico" e sem "empatia"; 2) Consideravam falha a comunicação da equipe de saúde, pois a equipe discutia entre si mas não dava informações sobre o que estava acontecendo; 3) Quando percebiam que o atendimento da equipe de saúde era inadequado, passavam a temer pela sua vida e a vida do bebê; 4) A equipe de saúde considerava um parto de sucesso quando não havia complicações com a mãe ou o recém-nascido, sem dar importância de como foi a percepção da puérpera em relação ao parto.

No estudo de Ayres¹⁶, em que foram avaliadas 25 mulheres que tiveram partos traumáticos, observou-se que, durante o parto, elas tinham preocupações com o bebê, medo de

morrer, pensamentos dissociativos, perda de controle e pouco entendimento do que estava acontecendo. Já Thomson e Downe¹⁷, em seu estudo qualitativo, ao avaliarem 11 mulheres, observaram que elas se referiam ao parto como uma violência, tortura ou abuso semelhante a um trauma por agressão física.

Tabela 1. Estudos qualitativos sobre parto traumático

Autores	Ano	Local	Número	Procedimento	Resultados
Beck ⁴	2004	Nova Zelândia	40	As mulheres foram convidadas por meio de site na internet a participar do estudo e a escrever para a pesquisadora sobre sua experiência do parto traumático	Houve quatro temas predominantes: 1) sensação de abandono e solidão, dignidade ferida e pouco suporte, consideraram o atendimento recebido no parto como "mecânico", "arrogante", "frio", "técnico" e sem "empatia"; 2) acharam falha a comunicação da equipe de saúde; 3) quando perceberam a inadequação do atendimento da equipe de saúde passaram a temer por sua vida e a do bebê; 4) a equipe de saúde considerava um parto de sucesso quando não havia injúrias físicas para a mãe e o recém-nascido, sem se preocupar com a satisfação da mãe e seu estado emocional
Ayres ¹⁶	2007	Reino Unido	50	Mulheres com sintomas de TEPT (n = 25) e sem (n = 25) foram selecionadas após a aplicação do IES e PSS. Aos três meses após o parto, foram entrevistadas por telefone, sendo questionadas sobre seus pensamentos, emoções e processos cognitivos durante o parto	As mulheres com TEPT tiveram com mais frequência defesas mentais, dissociação, pensamentos na morte, memórias da dor, memórias intrusivas, ruminação, amnésias
Thomson e Downe ¹⁷	2008	Reino Unido	14	Avaliou-se a fala das mulheres após se questionar "como foi sua experiência do parto e seus sentimentos e percepções deste momento?"	Houve descrições do parto como uma violência, tortura e abuso. Uso de palavras como tortura e abuso bárbaro, intrusivo, horrível e degradante. Relatos de estar desconectada, sem esperança e isolada

IES: Impact Event Scale; PSS: Posttraumatic Stress Symptom Scale.

Quatro estudos quantitativos demonstram a prevalência do parto traumático ([Tabela 2](#)) e todos utilizaram instrumentos que se baseiam no critério A do DSM-IV para evento traumático, sendo aplicados por meio de entrevista ou questionários de autorresposta, entre quatro semanas e três meses após o parto^{8,10,18,19}. As taxas encontradas nesses estudos variaram de 21,4% a 34,0%.

Tabela 2. Estudos quantitativos sobre o parto traumático

Autores	Ano	Local	Número	Tempo de pós-parto	Instrumento	Procedimento	Prevalência (%)
Creedy <i>et al.</i> ⁸	2000	Austrália	499	4-6 semanas	PSS	Entrevista por telefone	33
Soet <i>et al.</i> ¹⁰	2003	Estados Unidos	103	1 mês	TES	Autorresposta em casa	34
Olde <i>et al.</i> ¹⁸	2005	Holanda	140	3 meses	PSS-SR	Autorresposta em casa	21,40
Gamble <i>et al.</i> ¹⁹	2005	Austrália	348	4-6 semanas	MINI-PTSD	Entrevista	29,60

MINI-PTSD: Mini-International Neuropsychiatric Interview-Posttraumatic stress disorder; PSS: Posttraumatic Stress Symptoms Scale; PSS-SR: Posttraumatic Stress Symptoms Scale-Self Report version; TES: Traumatic Event Scale.

O TEPT relacionado com o parto

Foram avaliados 23 resumos que envolviam o tema "transtorno de estresse pós-traumático pós-parto" e todos foram lidos na íntegra. Treze estudos foram incluídos nesta revisão por preencherem os critérios de inclusão, discriminados anteriormente.

Foi encontrado um estudo qualitativo sobre TEPT pós-parto. Neste estudo de Cheryl Beck²⁰, participaram 38 mulheres, as quais escreveram por meio da internet seus depoimentos sobre a experiência do TEPT pós-parto. Utilizando método de análise fenomenológica, observou-se que nos relatos dessas mulheres predominavam os seguintes temas: 1) Durante o dia, as mulheres tinham *flashbacks* do parto traumático e, à noite, pesadelos. O evento passava-se como um filme na mente delas; 2) As mulheres descreveram ter apresentado experiências dissociativas durante o parto, como sentir-se paralisada, destacada do corpo e sem sentimentos. Uma delas ainda persistia com os sintomas; 3) Elas tinham necessidade marcante de entender o que aconteceu com elas e como foi o parto; 4) Muitas relatavam sentir raiva, ansiedade e depressão; 5) Elas se tornaram emocionalmente distantes de seus filhos, evitavam estar com outras mães e crianças e passaram a temer ter outros filhos.

Esta revisão encontrou doze estudos quantitativos que avaliaram a prevalência e os fatores de risco para o TEPT decorrente do parto traumático^{8,10,18,21-29} (Tabela 3). Eles foram realizados com mulheres entre um e 13 meses de pós-parto. O estudo de Skari *et al.*²⁴ encontrou a menor prevalência do TEPT, apenas 1,1% aos 6 meses de pós-parto, mas esse estudo utilizou dois instrumentos para avaliar os critérios completos para o diagnóstico de TEPT. Foi utilizado a Impact of Event Scale (IES), que avalia os sintomas de revivência e evitação, e a General Health Questionnaire (GHQ-28) para os de hiperexcitabilidade²⁴, sendo recomendável o uso de um instrumento único para avaliar todos os critérios diagnósticos. O estudo van Son *et al.*²⁸ não usou instrumentos de entrevista adequados para TEPT. Van Son refere em seu estudo que encontrou a prevalência 8,1% e 5% de TEPT em mulheres com 3 e 12 meses de pós-parto respectivamente, mas utilizou apenas a Impact Event Scale que avalia somente sintomas de revivência e evitação, o que torna questionável o diagnóstico de TEPT.

Tabela 3. Estudos quantitativos de prevalência do TEPT relacionado ao parto

Autores	Ano	Local	N	Tempo de pós-parto	Desenho do estudo	Instrumento	Prevalência TEPT (%)	Prevalência de sintomas de TEPT (%)
Wijma <i>et al.</i> ²¹	1997	Suécia	1.640	1-13 meses	Estudo transversal	TES (autorresposta)	1,70	NA
Czarnocka e Slade ²²	2000	Reino Unido	298	6 semanas	Estudo prospectivo	PSD-Q	3	24,20
Ayres e Pickering ²³	2001	Inglaterra	289	6 semanas	Estudo prospectivo	PSS	2,80	NA
				6 meses			1,50	
Creedy <i>et al.</i> ⁸	2000	Austrália	499	4-6 semanas	Estudo prospectivo	PSS	5,60	22,60
Skari <i>et al.</i> ²⁴	2002	Noruega	92	6 semanas	Estudo prospectivo	IES e GHQ-28	0	NA
				6 meses			1,10	
Soet <i>et al.</i> ¹⁰	2003	Estados Unidos	103	8 semanas	Estudo prospectivo	TES	1,90	11,70
Olde <i>et al.</i> ¹⁸	2005	Holanda	140	3 meses	Estudo prospectivo Excluído parto pré-termo	PSS-SR	2,10	31,40
van Son <i>et al.</i> ²⁸	2005	Holanda	248	3 meses	Estudo prospectivo	IES	8,10	NA
				12 meses			5,00	
Adewuya <i>et al.</i> ²⁵	2006	Nigéria	876	6 semanas	Estudo transversal	MINI	5,90	NA
Maggioni <i>et al.</i> ²⁹	2006	Itália	93	3 a 6 meses	Estudo longitudinal Excluído parto pré-termo	PSD-Q	2,40	32,10
Davies <i>et al.</i> ²⁶	2008	Reino Unido	211	6 semanas	Estudo transversal Excluídas complicações obstétricas	SCID-PTSD module	3,80	NA
Soderquist <i>et al.</i> ²⁷	2009	Suécia	2.009	1 mês	Estudo prospectivo	TES	1,30	NA

GHQ-28: General Health Questionnaire; IES: Impact Event Scale; MINI: MINI International Neuropsychiatric Interview; NA: Não avaliado; TEPT: Transtorno de Estresse Pós-Traumático; TES: Traumatic Experience Scale; PSD-Q: Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire; PSS: Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Scale; PSS-SR: Posttraumatic Stress Disorders Symptoms Scale-Self Report version; SCID-PTSD module: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders.

Considerando os dez estudos que utilizaram instrumentos adequados para diagnóstico do TEPT com base nos critérios do DSM-IV, a prevalência variou de 1,3% a 5,9%^{8,10,18,21-23,25-27,29}.

Três desses estudos foram transversais e avaliaram as mulheres no pós-parto quanto aos sintomas do TEPT e retrospectivamente sobre o evento traumático^{21,25,26}. Oito estudos foram prospectivos, avaliaram a mulher ainda na gestação quanto aos fatores de risco e posteriormente no pós-parto para diagnóstico de TEPT^{8,10,18,23,24,27-29}.

O estudo de Ayres e Pickering avaliou as mulheres com 36 semanas de gestação e posteriormente com seis semanas e seis meses de pós-parto. Neste estudo, pode-se perceber que a porcentagem de mulheres com sintomas aos seis meses de pós-parto é menor do que com seis semanas²³, o que sugere que a frequência de TEPT crônico é menor no pós-parto.

A presença de sintomas dissociativos no periparto é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de TEPT pós-parto^{18,28}. Despersonalização, desrealização, sentimento de estar fora do próprio corpo, alteração na percepção do tempo e redução da consciência do ambiente são alguns sintomas dissociativos que podem ocorrer como reação a um evento estressante. Van Son *et al.*²⁸ descreveram que quanto mais doloroso e invasivo é o parto maior a possibilidade de ocorrência de dissociação.

Respostas emocionais negativas durante ou após o evento traumático também são preditores de TEPT³⁰. Olde¹⁸ *et al.* observaram que emoções negativas no periparto, como medo, pânico, tristeza e vergonha, estão relacionadas, além da ocorrência, à gravidade do TEPT pós-parto.

Ter sofrido eventos traumáticos prévios é um fator de risco descrito para TEPT. Mulheres que sofreram violências sexuais, agressões físicas por seus parceiros ou outros tipos de violência, seja na infância ou na vida adulta, são mais susceptíveis a ter complicações na gestação e no parto e a considerar seus partos como traumáticos e a desenvolver o TEPT pós-parto^{10,31}. O estudo de Soet *et al.*¹⁰ demonstra que mulheres que sofreram abuso sexual previamente apresentam 12 vezes mais chance de ter um parto traumático e consequentemente TEPT relacionado ao parto.

Mulheres que têm muito medo do parto ou que já sofreram um parto traumático são mais vulneráveis à ocorrência do TEPT pós-parto²⁷. Mulheres que tiveram depressão na gestação, que tiveram transtornos psiquiátricos prévios, que têm baixa capacidade de enfrentamento de problemas^{22,27}, que têm pouco apoio do companheiro e da família^{10,22}, que tinham uma expectativa muito diferente do parto¹⁰, que têm perda de controle durante o parto²⁵, que sofrem procedimentos obstétricos de urgência²⁵ e que tiveram pouca informação da equipe de saúde^{10,22} também são mais susceptíveis ao TEPT relacionado ao parto.

DISCUSSÃO

Observou-se nesta revisão que o parto traumático foi um evento frequente, ocorrendo em cerca de 30% das mulheres. O parto traumático pode trazer repercussões negativas à vida psíquica da mulher. Ela sofre desapontamento e perde o sonho que foi construído durante a gestação para o momento do parto e, além disso, frequentemente julga a si própria como

tendo sido inadequada e incapaz^{8,32}. Essas mulheres podem alterar o planejamento familiar e passam a não desejar mais ter filhos⁵ em consequência do medo do parto⁵ ou mudam a decisão quanto à via de parto do próximo filho, passando a querer ser submetidas a uma cesariana se o parto anterior foi vaginal³². É comum prejuízos na relação com o recém-nascido⁵, tornando-se distantes e pouco interativas com o bebê ou tendo dificuldades no aleitamento materno³³. Além disso, algumas mulheres desenvolvem o TEPT no pós-parto.

O evento traumático em si não é determinante para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, pois depende da capacidade individual de processamento da memória do evento traumático e das emoções. É observado que cerca de 1% a 6% das mulheres que sofreram um parto traumático desenvolvem o TEPT^{8,10,18,21-28}.

Ao avaliar os fatores de risco associados à ocorrência do TEPT no pós-parto observou-se que as mulheres que tiveram experiências dissociativas no parto são especialmente susceptíveis ao TEPT. Um dos primeiros estudos a abordar a dissociação periparto foi o de Moleman *et al.*³⁴ em 1992. Eles descreveram três casos clínicos de mulheres que viveram experiências dissociativas após o parto traumático.

Dissociação peritraumática tem sido relatada como preditor de TEPT em vítimas de diversos tipos de trauma fora do pós-parto³⁰, assim como ter emoções negativas peritrauma, história de traumas anteriores ou de transtornos psiquiátricos anteriores são fatores de risco descritos não só no TEPT relacionados com o parto, mas também em outros tipos de eventos traumáticos³⁰.

Os artigos avaliados mostraram associação entre a ocorrência de TEPT relacionado ao parto e percepção da mulher de pouco suporte pela equipe de saúde. Esse fator poderia ser minimizado se a equipe de saúde que assiste mulheres durante o parto estivesse atenta à possibilidade de ocorrência de partos vividos como psicologicamente traumáticos e, além disso, se dispusesse a dar mais informações e suporte às mulheres nesse momento tão significativo.

CONCLUSÃO

O parto traumático, apesar de pouco conhecido e abordado pelos profissionais de saúde, não é um evento raro e pode trazer consequências negativas para a vida conjugal e reprodutiva

da mulher e para a relação mãe-bebê. Reynolds⁷ sugere que, para que o parto traumático seja evitado, desde a gestação, deve ser colhida uma cuidadosa história da mulher, com relação ao medo do parto, complicações em partos anteriores e transtornos psiquiátricos prévios. Durante o parto, deve haver uma boa comunicação entre a parturiente e a equipe de saúde e o controle da dor deve ser otimizado. Após o parto, a equipe de saúde deve estar apta para encorajar a mulher a falar da sua experiência do parto e pesquisar sinais de transtornos afetivos.

REFERÊNCIAS

1. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edn Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
2. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd edn revised. Washington: American Psychiatric Association; 1987.
3. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edn. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th edn revised. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
5. 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.
6. Beck CT. Birth trauma in the eye of the beholder. *Nurs Res*. 2004a;53(1):28-35.
7. Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth the phenomenon of traumatic birth. *Can Med Assoc J*. 1997;156(6):831-5.
8. Creedy DK, Shochet M, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000;27(2):104-11.
9. Paul TA. Prevalence of posttraumatic stress symptoms after childbirth: does ethnicity have a impact? *J Perinat Educ*. 2008;17(3):17-26.

10. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003;30(1):36-46.
11. Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reaction after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1997;76(9):856-61.
12. Born L, Soares CN, Philips S, Jung M, Steiner M. Women and reproductive-related trauma. *AnnNYAcadSci*. 2006;1071:491-4.
13. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *JOGNN*. 2003;32:161-71.
14. Vanderbilt D, Bushley T, Young R, Frank DA. Acute posttraumatic stress symptoms among urban mothers with newborns in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. *J Dev Behav Pediatr*. 2009;30:50-6.
15. Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis*. 1996;18:195-6.
16. Ayres S. thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth*. 2007;34(3):253-63.
17. Thomson G, Downe S. Widening the trauma discourse: the link between childbirth and experience of abuse. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(4):268-73.
18. Olde E, van der Hart O, Kleber RJ, van Son MJM, Wijnen HAA, Pop VJM. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *J Trauma Dissociation*. 2005;6(3):125-42.
19. Gamble J, Creedy DK, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005;32(1):11-9.
20. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth. *Nurs Res*. 2004b;53(4):216-24.

21. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord.* 1997;11(6):587-97.
22. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychology.* 2000;39:35-51.
23. Ayres S, Pickering D. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth.* 2001;28(2):111-8.
24. Skari H, Skreden M, Malt UF, Daltholt M, Ostensen AB, Egelend T, et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth: a prospective population-based study of mothers and fathers. *Br J Obst Gynaecol.* 2002;109:1154-63.
25. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG.* 2006;113:284-8.
26. Davies J, Slade P, Wright I, Stewart P. Posttraumatic stress symptoms following childbirth and mothers' perceptions of their infants. *Infant Ment Health J.* 2008;29(6):537-54.
27. Soderquist J, Wijma B, Thobert G, Wiljma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BLOG.* 2009;116:672-80.
28. van Son M, Verkerk G, van der Hart O, Komproe I, Pop V. Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of posttraumatic stress: an empirical study. *Clin Psychol Psychotherapy.* 2005;12:297-312.
29. Maggioni C, Margola D, Fillippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2006;27(2):81-90.
30. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bulletin.* 2003;129:52-73.

31. Lev-Wiesel R, Chen R, Daphna-Tejoah S, Hod M. Post-traumatic events: are they a risk factor for high-risk pregnancy, delivery complications, and postpartum posttraumatic symptoms. *J Womens Health*. 2009;18(1):119-25. [
32. Gardner PS. Previous traumatic birth: an impetus for request cesarean birth. *J Perinatal Education*. 2003;12(1):1-5.
33. Beck CT, Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res*. 2008;57(4):228-36.
34. Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180:271-2.

METODOLOGIA

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Estudo prospectivo longitudinal.

POPULAÇÃO DO ESTUDO

Mulheres no período pós-parto, entre 18 e 45 anos, proveniente de maternidades do serviço público de saúde da cidade de Recife/PE.

LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado na maternidade da Policlínica Professor Barros Lima e na maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE.

A maternidade da Policlínica professor Barros Lima, situada no bairro de Casa Amarela, administrada pela Prefeitura Municipal do Recife, é uma maternidade pública da rede SUS. Recebe mulheres com gestação de baixo e alto risco, seja por demanda espontânea ou pela Central de Leitos e conta com 46 leitos. De janeiro a agosto de 2010 foram realizados 1985 partos (média de 248,1 ao mês), sendo 1.336 partos normais (67,3%), 628 cesarianas (31,6%) e 21 partos a fórceps (1,1%). Esta maternidade tem o título de Hospital Amigo da Criança pelo Ministério da Saúde, desde 2003, por praticar incentivos ao aleitamento materno. E também segue as recomendações do Ministério da Saúde quando a humanização ao atendimento a parturiente, inclusive conta com Doulas. Anteriormente atendia apenas parto de baixo risco, mas a partir de 2010 passou a receber também parto de alto risco.

A maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE é situada na cidade universitária e é também uma maternidade pública da rede SUS. Ela tem 48 leitos, para pacientes oriundas de procedimentos ginecológicos ou obstétricos. Por se tratar de Hospital universitário as pacientes são também acompanhadas por médicos residentes e por acadêmicos. O Hospital das Clínicas tem um ambulatório de pré-natal de alto risco e a maternidade recebe as mulheres oriundas deste ambulatório e também pela central de leitos e demanda espontânea. É um

hospital de referência para partos de alto risco. Durante o ano de 2010 ocorreram 1326 partos (média de 110,5 ao mês), sendo 541 partos normais (58,2%), 772 cesarianas (40,8%) e 13 partos a fórceps (0,98%).

AMOSTRA

Trezentas e vinte e oito mulheres foram avaliadas com 72 horas após o parto ainda na maternidade. Aquelas que tiveram um parto traumático foram novamente avaliadas com seis semanas após o parto através de entrevista por telefone.

Cálculo da amostra (n=323) para estudo de estimação de proporção foi feito considerando proporção de parto traumático: 30%, precisão absoluta: 5, nível de significância: 5%.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas no estudo (1) mulheres que aceitaram voluntariamente assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; (2) que fossem capazes de falar, ler e entender Português; (3) que tinham mais de 18 anos de idade; (4) que tivessem dado a luz a um recém-nascido vivo; (5) que estavam com até três dias de pós-parto.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídas do estudo (1) mulheres que não fossem alfabetizadas; (2) que estavam fazendo algum tratamento psiquiátrico.

INSTRUMENTOS

Instrumentos utilizados na entrevista até 72 horas após o parto:
--

1) Questionário bio-sócio-demográfico (Anexo A)

Instrumento, para preenchimento pelo entrevistador, elaborado para coletar dados da mulher, como idade, estado civil, escolaridade e ocupação.

2) Questionário de dados obstétricos (Anexo B)

Instrumento, para preenchimento pelo entrevistador, elaborado para coletar dados da mulher, como data do parto, tipo de parto, tempo de gestação no momento do parto, paridade, abortos prévios, número de consultas de pré-natal, se houve complicações durante a gestação, se houve complicações durante o parto, se houve complicações com o recém-nascido.

3) Item A da SCID-I para TEPT – entrevista semi-estruturada para caracterização do evento traumático (Anexo C)

O item A da SCID-I para TEPT são perguntas referentes aos critérios diagnósticos do DSM-IV para evento traumático. Nesta pesquisa as perguntas serão direcionadas à mulher com relação a sua experiência do trabalho de parto e do parto, verificando se há sintomas compatíveis que possam caracterizá-lo como um evento traumático.

4) Questionário de satisfação com o atendimento da equipe de saúde (Anexo D)

Questionário de auto-resposta elaborado para esta pesquisa com perguntas referentes à satisfação da mulher com o atendimento recebido pela equipe de saúde. Há questionamento se a mulher considera que foi bem atendida na maternidade e se recebeu todas as informações que considerava necessárias. E uma solicitação de classificação (ruim, regular, bom ou ótimo) quanto ao atendimento recebido pela equipe de enfermagem e pelo médico (a) no momento do parto.

5) Escala de dor visual numérica (EVN)/ *Numeric Rating Scale (NRS)* (Anexo E)

Uma escala unidimensional utilizada para verificar a intensidade de dor (65). Ela é uma régua dividida em onze partes iguais e enumerada sucessivamente de 0 a 10. Foi solicitado a mulher que ela identificasse a equivalência numérica que se refere à intensidade da dor que sentiu durante seu trabalho de parto e seu parto. **0** significa **ausência total de dor** e **10** o nível de **dor máxima** suportável.

6) Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas - Versão Auto-
 Aplicativa/ *Peritraumatic dissociative experiences questionnaire, self-report version* (PDEQ-SRV) (Anexo F)

Um questionário auto-aplicativo padrão ouro para rastrear experiências dissociativas que ocorrem no momento da exposição ao evento traumático. No caso desta pesquisa a mulher foi orientada a preenchê-lo com relação ao momento do parto. O questionário contém

10 itens, que incluem: perda da noção dos acontecimentos ou “branco na mente”, sensação de agir no “piloto automático”, alteração da noção de tempo, sensação de irrealismo – como estar num filme ou sonho –, sensação de estar flutuando acima da cena, sentir-se desconectado do corpo ou sensação de distorção do tamanho do corpo, incapacidade de distinguir o que acontece com a própria pessoa daquilo que acontece com os outros, incapacidade de notar coisas que acontecem durante o evento, as quais habitualmente não passariam despercebidas, dificuldade de entender o que está acontecendo e desorientação. O questionário é do tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 a 5 cada item (66). A entrevistada marca o quanto a experiência aconteceu com ela, sendo 1=nada, 2= leve, 3=moderado, 4=muito, 5=extremamente (67). A pontuação total, da soma de cada item, resulta num mínimo de 10 e num máximo de 50. O autor do instrumento definiu que a média por item igual ou inferior a 1,5 não representa experiência peritraumática dissociativa (68). Este instrumento tem elevada consistência interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0.79) (69) e confiabilidade (teste e reteste = 0.72) (69). Este instrumento foi traduzido e adaptado para o português em 2005, no Brasil, (67) e em 2009 foi validado em Portugal, numa população de bombeiros expostos a situações traumáticas durante salvamento das vítimas (70). O coeficiente de alfa de Cronbach de todo o questionário da versão portuguesa foi de 0,87 (70).

7) Questionário de História do Trauma/ *Trauma History Questionnaire (THQ)* (Anexo G)

Este questionário foi desenvolvido para identificar a ocorrência de eventos traumáticos prévios (71). Há quatro itens quanto a eventos relacionados a crimes, 17 itens quanto a desastres em geral e trauma, sete itens sobre experiências físicas e sexuais e um item referente a outros eventos não classificados no questionário. Foi utilizada a versão traduzida e adaptada para o português (72).

Instrumentos utilizados seis semanas após o parto em mulheres que tiveram seus partos caracterizados como traumáticos:

- 1) SCID-I para TEPT (Anexo H) e para depressão (Anexo I)

A SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) (73) é uma entrevista clínica semi-estruturada baseada nos critérios diagnósticos do DSM-IV, sendo largamente utilizada e considerada padrão-ouro para diagnóstico de transtornos psiquiátricos do eixo-I em pesquisas. No presente estudo, foi utilizada apenas a parte referente a TEPT e depressão. Uma questão essencial da SCID é que embora as perguntas sejam estruturadas, a pontuação permite o julgamento clínico do entrevistador, com relação à presença ou não de determinado critério. É um instrumento designado para ser administrado por clínicos ou profissionais de saúde treinados.

A SCID foi traduzida e validada no Brasil, apresentou concordância excelente e estatisticamente significativa além de permitir bons índices de confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico (74).

PROCEDIMENTOS

A coleta de dados foi realizada de julho a novembro de 2010. As mulheres foram abordadas na maternidade até 72 horas após o parto. Foram dadas informações acerca da natureza e objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios e convidadas a participar. Aquelas que voluntariamente aceitaram a participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo J). Foram preenchidos os questionários de dados bio-sócio-demográfico e obstétricos com informações fornecidas pelas mulheres e também informações obtidas em seus prontuários médicos. Elas foram entrevistadas utilizando-se as perguntas do item A da SCID pra TEPT e posteriormente foram orientadas quanto ao preenchimento dos quesitos dos questionários: o questionário de satisfação com o atendimento, a Escala Visual Analógica de dor, o Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas e o Questionário de História do Trauma. O avaliador leu as perguntas junto com as mulheres e esclareceu dúvidas quando presentes.

Estas entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável pelo projeto e por dois pesquisadores colaboradores, uma enfermeira e um psiquiatra. Os colaboradores passaram por um treinamento que envolveu quatro encontros, nos quais foram abordados os seguintes temas: epidemiologia e características do TEPT, TEPT no pós parto, metodologia científica, o projeto desta pesquisa, utilização do SCID-I e aplicação dos questionários desta pesquisa.

As mulheres que tiveram seus partos considerados como traumáticos pelo item A da SCID-I foram convidadas a serem avaliadas novamente seis semanas após o parto. Neste segundo momento a pesquisadora responsável telefonou para o número fornecido pela mulher e a entrevistou por telefone, utilizando a SCID-I para TEPT e depressão.

Quando observado que a mulher apresentava sintomatologia de TEPT ou depressão foi feito encaminhamento para o ambulatório de psiquiatria do Hospital das Clínicas da UFPE.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UFPE, incluindo cópia do consentimento livre e esclarecido, conforme res. 196/96 do Ministério da Saúde (Anexo K).

As mulheres que aceitaram voluntariamente a participar desta pesquisa tiveram a garantia de sigilo de seus dados pessoais, puderam retirar sua participação da pesquisa em qualquer momento sem prejuízos.

Todas as mulheres com diagnóstico de TEPT ou depressão foram encaminhadas para tratamento no ambulatório de saúde mental da mulher do Hospital das Clínicas da UFPE.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram realizadas análise estatísticas para verificar associação significativa de variáveis relacionadas com a ocorrência de experiência dissociativa durante o parto e a ocorrência de parto traumático.

Para testar a suposição de normalidade das variáveis envolvidas no estudo foi aplicado o teste de Shapiro Wilk. Para análise comparativa das variáveis quantitativas foi utilizado t-student quando observado o pressuposto de normalidade, quando não foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para a análise comparativa entre as variáveis qualitativas foi aplicado o teste qui-quadrado, e quando necessário Fisher. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%.

As variáveis que na análise univariada apresentaram significância estatística com $p \leq 0,25$ (Hosmer & Lemeshow, 2000) foram selecionadas para entrarem na análise

multivariada no modelo por bloco. Foi avaliado o bloco de variáveis sócio-demográficas, bloco das variáveis obstétricas e bloco dos tipos de traumas prévios em relação sua associação com a variável dependente. Posteriormente as variáveis que apresentaram significância estatística $p < 0,05$ de cada bloco entraram na análise de regressão logística final. Os softwares utilizados foram o Excel 2000 e o R v2.10.0

RESULTADOS

ARTIGO III

ARTIGO ORIGINAL

ARTIGO III ARTIGO ORIGINAL

Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology

2009 Impact Factor: 1.197
5-year Impact Factor: 1.645
Ranking: 47/70 (Obstetrics and Gynecology), 80/117 (Psychiatry)*

Submetido em 24/03/2011

Aceito para publicação em 19/09/2011

DISSOCIATIVE EXPERIENCE DURING CHILDBIRTH

Carla Fonseca Zambaldi

Psychiatric, MD, Affective Disorders Unit, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco-Brazil

Federal University of Pernambuco: av. Prof. Rego Moraes, 1235, Recife, Brazil, Postal code: 50670-901

Amaury Cantilino

Psychiatric, Phd, Affective Disorders Unit, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco-Brazil

Jaqueline Vasconcelos Farias

Nurse, Oswaldo Cruz University Hospital, Brazil

Gustavo Paranhos Moraes

Psychiatric, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco-Brazil

Everton Botelho Sougey

Phd, Affective Disorders Unit, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco-Brazil

ABSTRACT

Objective: A dissociative experience refers to phenomena such as depersonalization, derealization, amnesia, out of body experience, altered time perception and body image. The aim of this study was to assess dissociative experience during childbirth and the possible related variables. **Method:** A total of 328 women, up to 72 hours postpartum, completed the peritraumatic dissociative experience questionnaire (PDEQ), the socio-demographic and obstetrical questionnaire, the pain numeric rating scale, the trauma history questionnaire and an SCID-I for traumatic events. **Results:** A total of 11.3% of the sample experienced significant dissociation. In particular, symptoms like a sensation of time changes during the event/ things seemed to be happening in slow motion, not being aware of things that happened, and disorientation. A traumatic childbirth, previous trauma, obstetrical complications, forceps, prematurity, complications with the baby, dissatisfaction with the maternity care, unemployment, high score pain during labor and years of schooling were the factors considered. **Conclusion:** Dissociative experiences can occur during childbirth.

Key Words: peritraumatic dissociation, perinatal psychiatry, traumatic childbirth, women's mental health

INTRODUCTION

Dissociation is usually defined as the “segregation of any group of mental processes from the rest of the psychic apparatus” (1). Dissociation is one of the many defensive processes used by humans in stressful situations. Peritraumatic dissociation refers to phenomena such as depersonalization, derealization, amnesia, out of body experience, altered time perception and body image that occur at the time of a traumatic experience or subsequently (2, 3). In various traumatized populations, peritraumatic dissociation has been found to be an important factor in predicting post-traumatic stress disorder (PTSD) (4, 5).

Some authors have described dissociative experiences during traumatic childbirth (6-9). A traumatic childbirth is defined by Cheryl Beck as “an event occurring during the labor and delivery that involves actual or threatened serious injury or death to the mother or her infant. The birthing woman experiences intense fear, helplessness, loss of control, and horror” (10).

The first to describe dissociative symptoms during childbirth were Moleman et al. (1992). They have described three cases that illustrate how dissociation and other apparently trauma-related symptoms can occur in response to complicated deliveries. These three women had histories of infertility, complicated pregnancies, and intense fear of losing their babies. Their response to the panic they experience during labor was perinatal dissociation. Two of them described how they were amnesic for most of their delivery, and one felt like she had left her body and hovered over her abdomen (6).

Kennedy and MacDonald (2002) have described a case of an “altered consciousness” experience during childbirth. A multiparous woman had a painful story of betrayal, loss, and traumatic birth during her life. During labor she became unresponsive to verbal stimulation, and reported an out of body experience, in which she floated up to the ceiling and watched what was happening (7).

Dissociative experience during childbirth appears to be a predictor of childbirth-related PTSD (8, 11). Van Son et al (2005) designed a longitudinal study that investigated the predictors of childbirth-related PTSD in a sample of 248 women in the Netherlands. A total of 19% of the postpartum women reported high scores of perinatal dissociation. These women have significantly more chance of developing PTSD. The factors associated with perinatal dissociation were pain, method of delivery and poor support or information from the medical team during delivery (8). Olde et al (2005) observed 140 postpartum women in a prospective study. Perinatal dissociation and negative emotional reactions were the predictors of PTSD symptoms at three months postpartum (11).

Childbirth may be considered a major and sometimes extremely stressful event in the lives of many women. Some women experience intense pain, a long drawn-out delivery, loss of control, fear of losing or harming themselves or the baby, poor emotional support, lack of information or support from the staff, and intense obstetrical intervention. Dissociative experiences during childbirth can have an adaptive function, helping the mother to cope with the situation. Dissociative symptoms allow individuals to limit their pain or distress, and protect themselves from awareness of the full impact of the event (12).

The first proposal of this present study was to determine the frequency of significant dissociative experiences during childbirth in Brazilian women. The second proposal was to identify factors that may contribute to the occurrence of perinatal dissociation. It was made

available if socio-demographic and obstetrical variables, labor pain, traumatic childbirth and previous trauma were associated to a dissociative experience during childbirth.

MATERIAL AND METHODS

The Ethics and Research Committee of the Health & Sciences Center at the Federal University of Pernambuco approved the study protocol (protocol number 323/09), and an informed consent was obtained from the participants after the aims and objectives of the study had been explained to them. It was explained that participation was voluntary and that refusal to participate would not affect future care.

Participants (N=328) were recruited from two maternity hospitals in Recife, Brazil. Data was collected between July 2010 and November 2010. Of the 358 women who were asked to participate, 30 refused and 328 (91.6%) took part in the study.

The inclusion criteria were: (1) women able to speak, read and understand Portuguese; (2) over 18 years old; (3) up to 72 hours postpartum; (4) whose baby was alive at the time of the interview. To minimize the confounding factors, we excluded women who were currently in treatment for a psychiatric disorder.

Instruments:

1. A Socio-demographic and obstetrical characteristics questionnaire was administered to assess the following information: age, marital status, level of education, professional status, type of delivery, time of gestation at delivery, parity, previous miscarriages, obstetrical complications, complications with the baby, satisfaction with maternity care and sufficient information about the labor process.
2. The Numeric Rating Scale (NRS) is a 0-10 pain scale, 0 representing no pain and a score of 10 representing the worst imaginable pain. Women were asked to quantify their labor pain level (13).
3. The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, self-report version (PDEQ-SRV) consists of 10 items describing dissociative experience at the time of a traumatic event. Women were asked, retrospectively, about the occurrence of events during labor, birth or immediately after the birth. They were requested to fill in a 1-5 scale (1=not at all true, 2=slightly true, 3=somewhat true, 4=very true, 5=extremely

true), resulting in a score range from 10 to 50. A score above 15 is indicative of a significant dissociation (14). A score above 15 means: (a) one answer 4 (very true) and/or 5 (extremely true); or (b) five or more answers of 2 (slightly true); or (c) three or more answers of 3 (somewhat true). Internal consistency of the items was good ($\alpha=0.79$) (15). The PDEQ-10SRV was translated and adapted from Portuguese. The internal consistence of the Portuguese version was 0.87 (16, 17).

4. Item A for PTSD of The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) was used to assess the criteria of a traumatic event (18). To assess criterion A1, women were asked if, during labor or childbirth they: (1) had felt their life was threatened or were very worried about the possibility of dying, (2) had felt the baby's life was threatened, (3) had felt that they had suffered psychological damage, (4) had received terrible news, such as obstetrical complications, complications with the baby, or that the baby was not healthy. To assess criterion A2, the women were asked if during the childbirth they had felt intense fear, helplessness, terror or horror.
5. The Trauma History Questionnaire (THQ) is a series of questions about previous trauma. The questionnaire is divided into questions covering experiences of crime, general disaster and trauma questions, and questions about physical and sexual experiences (19, 20).

Statistical analysis

Socio-demographic and obstetrical variables, previous trauma and traumatic childbirth in women, with and without dissociative experience at childbirth were compared. Fisher's exact test/chi-square test was used to compare categorical variables, and Mann-Whitney/Student's t-test to compare continuous variables. Odds Ratio and 95% CI was calculated for the variables. All differences were tested with a significance level of .05. The variables significantly ($p<0,25$) associated with dissociative experience ($PDEQ > 15$) at the univariable analysis were selected entered into logistic regression analysis (21). Data was analyzed using the statistical program R v2 version 10.0.

RESULTS

Dissociative experience during childbirth

The average score of PDEQ was 11.5 (SD=3.9). A total of 11.3% of the sample (37 women) experienced significant dissociation ($PDEQ \geq 15$). The most reported dissociative symptoms were a sense of time changes/things seeming to happen in slow motion (16.2%), losing track of what was going on, “black out” or feeling “spaced out” (11.3%), feeling disoriented/feeling uncertain about where they were or what time it was (10.4%), and things that happened at childbirth that they were not aware of (10.4%) (Table 1).

Table 1 – Prevalence of dissociative experience symptoms at the sample of postpartum women (N=328)

Dissociative experience symptoms ^(a)	Prevalence (%)
Moments of losing track of what was going on/”banked out”/”spaced out”	11.3
Found self acting on “automatic pilot”	8.8
Sensation of time change during event/ things seemed to be happening in slow motion	16.2
Event seemed unreal as in dream or play	8.1
Felt as if floating above the scene	4.6
Felt disconnected from body or body distorted	7.6
Felt what was happening to others was happening to self	6.7
Not aware of things that happened	10.4
Confusion and difficulty to make sense what was happening	8.8
Disorientation	10.4

^(a) items of the Peritraumatic dissociative experience questionnaire

Sample characteristics

The women were aged between 18 and 42 (average: 25, SD=5.6). A total of 68.6% of the sample were married or cohabiting with a partner, and 43.3% were employed. The average value of years at school was 8.8. 59.2% did not complete high school, and only 6 (2%) of the women had completed higher education. A total of 19.2% of the women had had a previous miscarriage, 22.1% had experienced a high risk pregnancy, and 51.5% had given birth to their first child (Table 2).

Table 2 Socio-demographic and obstetrical variables, traumatic childbirth and previous trauma associate with significant dissociative experience during childbirth.

Variable	Total sample (n=328)	With significant dissociative experience ^(a) (n=37)	Without significant dissociative experience (n=291)	P-value ^(b)	OR (CI 95%)
Age (mean)	25 (SD=5.6)	24.57 (SD=4.44)	25.1 (SD=5.78)	0.9226	
Years schooling (mean)	8.8 (SD=2.7)	9.62 (SD=2.7)	8.67 (SD=1.99)	0.0248	
Score pain (mean)	7 (SD=3.3)	8.4 (SD=3.1)	6.8 (SD=3.3)	0.0001	
Marital status					
Single/divorced/ widowed	70 (21.4%)	11 (29.7%)	59 (20.3%)	0.1897	0.60 (0.29-1.33)
Married/cohabiting with a partner	238 (78.6%)	26 (70.3%)	232 (79.7%)		
Professional status					
Unemployed	186 (56.7%)	28 (75.7%)	158 (54.3%)	0.0163	2.62 (1.24-6.06)
Employed	142 (43.3%)	9 (24.3%)	133 (45.7%)		
Age left education (years)					
8 or under	133 (40.6%)	8 (21.6%)	125 (43%)	0.0125	2.83 (1.31-6.84)
9-11	189 (57.6%)	29 (78.4%)	160 (55%)	0.9887	
12 or more	6 (1.8%)	0	6 (2.1%)		
High risk pregnancy					
No	254 (77.9%)	28 (75.7%)	226 (78.2%)	0,7276	1.15 (0.49-2.48)
Yes	72 (22.1%)	9 (24.3%)	63 (21.8%)		
Obstetric complication at birth					
No	304 (93%)	26 (72.2%)	278 (95.5%)	0.0000	8.22 (3.23-20.60)
Yes	23 (7%)	10 (27.8%)	13 (4.5%)		

Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático

Variable	Total sample (n=328)	With significant dissociative experience ^(a) (n=37)	Without significant dissociative experience (n=291)	P-value ^(b)	OR (CI 95%)
Parity Primiparous Multiparous	169 (51.5%) 159 (48.5%)	22 (59.5%) 15 (40.5%)	147 (50.5%) 144 (49.5%)	0.3070	0.70 (0.34- 1.39)
Type delivery Vaginal Cesarean section	195 (59.5%) 133 (40.6%)	23 (62.2%) 14 (37.8%)	172 (59.1%) 119 (40.9%)	0.3561	0.66 (0.26- 1.58)
Forceps No Yes	183 (93.9%) 12 (6.2%)	19 (82.6%) 4 (17.4%)	164 (95.4%) 8 (4.7%)	0.0264	4.32 (1.07- 15.14)
Prematurity No Yes	287 (87.5%) 41 (12.5%)	27 (73%) 10 (27%)	260 (89.4%) 31 (10.7%)	0.0065	3.11 (1.33- 6.87)
Complication with the baby No Yes	268 (82%) 59 (18%)	25 (69.4%) 11 (30.6%)	243 (83.5%) 48 (16.5%)	0.0425	2.23 (0.99- 4.74)
Presence of a companion or partner during labor No yes	97 (29.7%) 230 (70.3%)	11 (30.6%) 25 (69.4%)	86 (29.6%) 205 (70.5%)	0.9012	0.95 (0.46- 2.10)
Satisfaction with maternity care No yes	37 (11.3%) 291 (88.7%)	8 (21.6%) 29 (78.4%)	29 (10%) 262 (90%)	0.040	0.40 (0.17- 1.01)
Well informed of the progress of labor No Yes	55 (16.8%) 273 (83.2%)	9 (24.3%) 28 (75.7%)	46 (15.8%) 245 (84.2%)	0.1957	0.58 (0.27- 1.39)
Traumatic birth	53 (16.2%)	22 (59.5%)	31 (10.7%)	0.0000	12.3 (5.85- 26.6)
Trauma previous No One Two Three or more	95 (28.9%) 50 (15.2%) 37 (11.3%) 146 (44.6%)	4 (10.8%) 4 (10.8%) 3 (8.1) 26 (70.3%)	91 (31.3%) 46 (15.8) 34 (11.7%) 120 (41.2%)	0.3499 0.3776 0.0040	1.98 (0.45- 8.71) 2.01 (0.38- 9.56) 4.93 (1.84- 17.14)

^(a) Score Peritraumatic dissociative experience questionnaire ≥ 15

^(b) Fisher's exact test/chi-square test was used to compare categorical variables, and Mann-Whiney/Student's t test to compare continuous variables

Variables associated with dissociative experience during childbirth

Dissociative experience occurrence was significantly more common in women that considered their childbirth traumatic (59.5% x 40.5%, OR=12.3 95% CI 5.85-26.6) (Table 2).

Other factors associated with dissociative experience during childbirth are the following: previous trauma, obstetrical complications at birth, forceps, prematurity, complications with the baby, dissatisfaction with the maternity care, unemployment, high level of pain, and years of schooling (Table 2). The most common complications at birth were preeclampsia, uterine bleeding, and emergency cesarean section. The most common infant complications needing hospital care were low birth weight, respiratory problems, infections and jaundice.

The most frequent previous trauma in the sample was the news of an illness/death of a close friend or family member (38.1%), seeing dead bodies (37.2%), seeing others injured/killed (31.4%), and being robbed (24.7%). The previous traumas associated with dissociative experience were rape ($p=0.0004$, OR=6.56, IC 2.24-18.37); sexual assault ($p=0.014$, OR=3.56, IC 1.2-9.48); news of an illness/death of a close friend or family member ($p=0.0001$, OR=4.58, IC 2.23-10.0); death of a spouse, partner or child ($p=0.017$, OR=3.15, IC 1.16-7.78); seeing somebody injured/killed ($p=0.002$, OR=2.95, IC 1.47-5.97); and seeing dead bodies ($p=0.011$, OR=2.47, IC 1.24-5.01).

Regression analysis

Upon completion of the univariable analyses, the variables for the multivariable analyses were selected. The variables significantly ($p<0,25$) associated with dissociative experience ($PDEQ \geq 15$) at the univariable analysis were selected entered into logistic regression analysis (21). Initially, the variables were analyzed in blocks. In the block of socio-demographic variables, unemployment was significantly associated with dissociative experience ($p=0.0468$). In the block of obstetrical variables, traumatic childbirth ($p=0.0000$), prematurity (0.0484), complications at birth ($p=0.0568$), and dissatisfaction with maternity care ($p=0.040$) were significant factors associated to dissociative experience during childbirth.

In the previous traumas variables, news of the illness or death of a close friend or family member ($p=0.003$) and sexual assault with sexual intercourse ($p=0.0054$) both significantly predicted dissociative experience during childbirth. A final regression logistic model was run containing only those variables of the blocks that were significant ($p\leq 0.05$). Traumatic childbirth, the previous trauma of news of illness or death of someone close and unemployment were significantly associated with dissociative experience during childbirth. Results of the final multivariable logistic regression are shown in Table 3.

Table 3 – Variables associated with dissociative experience during childbirth at final logistic regression analysis

Variable	β	p-value ^(a)	OR	CI 95%
Traumatic childbirth	2.4021	0.0000	11.05	4.93-25.78
Previous trauma (news of illness or death of a close friend or family member)	1.5369	0.0004	4.65	2.04-11.32
unemployment	1.3010	0.0070	3.67	1.50-10.09

^(a) Logistic regression

DISCUSSION

Dissociative experiences can occur during childbirth, in particular symptoms such as a sensation of a change in the pace of time during the event/ things seeming to be happening in slow motion, not being aware of events, and disorientation. Traumatic childbirth was an important predictive factor of perinatal dissociation. During traumatic births women fear their own or the baby's death or injury, receiving some terrible news such as emergency obstetrical

intervention or medical complications with the baby. This fear leaves them feeling terrified, helpless or horrified.

Fifteen of the women that experienced dissociation (40.5%) had dissociative symptoms even though they did not consider their childbirth to be a traumatic event. To our knowledge, no other study has investigated dissociative experience during “normal” childbirth. Although Janet (22), who coined the term dissociation (*désagréations psychologiques*), viewed it as a discontinuity in awareness caused by stress but rarely experienced by healthy people, his contemporaries James (23) and Prince (24) argued that dissociation is a continuous variable present to some degree in everyone. Most modern writers regard dissociation as an adaptive response to intolerable physical or emotional trauma that is common in otherwise normal people and does not necessarily cause high levels of distress (25). Symptoms of dissociation were prevalent in healthy subjects exposed to high stress (26) and we observed that women going through a stressful experience such as labor and birth can react with dissociation.

It has been suggested that a previous traumatic event, particularly before adulthood, lowers the threshold for dissociation (27). In this sample a total of 71.1% of the women reported experiencing a previous traumatic event at some time in their lives. The most frequent previous traumas were violence or crime-related and this reflects Brazilian society with its high levels of urban violence, especially in less privileged neighborhoods. In this study, women who had previously been subjected to sexual abuse were six times more likely to have a dissociative experience during childbirth. Other researchers have already observed that sexual abuse survivors experience extensive dissociative symptoms and related features (28, 29) and that a maternal history of abuse significantly increases the likelihood of a maternal dissociative experience (30, 31). Sexual abuse was insignificant in the regression logistic multivariable probably because of an association with a traumatic childbirth.

Medical complications in the baby or in the mother are particularly distressing. In our study, this contributed significantly to the emergence of dissociation during childbirth. In this sample, the type of delivery was not found to be associated with dissociative experience, one exception being the use of forceps. Forceps are used in an emergency in response to the identification of fetal distress or failure to progress, and may be perceived as traumatic (32). In our sample, prematurity was a risk factor for dissociative experiences during childbirth. The birth of a premature baby is very stressful for the mother, who is both concerned about

the baby's survival and about being separated from it. Other studies have observed post-traumatic stress disorder in mothers of premature babies (33, 34).

Van Son *et al.* (8) have found that higher levels of pain and lack of social support from a midwife or medical team or lack of information during delivery have a significant effect on perinatal dissociation. Likewise, our study found that the women who experienced most pain during childbirth and were dissatisfied with intrapartum care presented a higher frequency of dissociation. Recent evidence has shown that changes in the state of consciousness during traumatic dissociation strongly affect conscious perception and experiencing pain markedly influences the cerebral functions (35). In these cases, the dissociative state probably acts as a defense mechanism.

The women in this sample generally had a low level of education (average years of schooling= 8.8) and a high frequency of unemployment (56.7%). More (Less?) years of schooling and unemployment were significantly associated with dissociative experiences at childbirth. Maarahen *et al.* (36) have also studied dissociation in the general population and likewise found a reduced ability to work to be a risk factor for dissociation. Contrary to our expectations, social support from the mother's partner (32), primiparity, and poor information from the medical team (8) weren't associated with perinatal dissociation.

The limitations of this study include the following: (1) no tools were used to confirm diagnosis of acute stress disorder, and (2) the sample is not representative of all socio-economic sectors of Brazilian society. More research is needed to confirm the implications of these findings and to provide further investigation into dissociative experiences during childbirth.

Good support during labor is essential, and medical staff providing adequate pain relief and information during a delivery may reduce perinatal dissociation. This is especially important during an intrusive delivery process, such as the use of forceps and during a premature delivery. Above all, support should be improved for women that intensely fear their own or the baby's death and for women that have a history of previous trauma. Attention to dissociative responses during delivery could be important in the prevention of postpartum PTSD.

REFERENCES

1. Campbell RJ. Psychiatric dictionary. New York: Oxford university Press; 1991.
2. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ. Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress disorder. In: Brenner JD, Marmar CR, editors. Trauma, memory, and dissociation. Washington: American Psychiatric Press; 1998. p. 229-52.
3. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Dellucchi KL, Best SR, Wentworth KA. Longitudinal course and predictors distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999;187:15-22.
4. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2003;129:52-73.
5. van der Velden PG, Wittmann L. The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: A systematic review of prospective studies. *Clinical Psychology Review*. 2008;28:1009-20.
6. Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1992;180:271-2.
7. Kennedy HP, MacDonald EL. "Altered consciousness" during childbirth: potential clue to post traumatic stress disorder? *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2002;47(5):380-2.
8. van Son M, Verkerk G, van der Hart O, Komproe I, Pop V. Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of posttraumatic stress: an empirical study. *Clin Psychol Psychotherapy*. 2005;12:297-312.
9. Boudou M, Séjourné N, Charbrol H. Douleur de L'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique Fertilité*. 2007;35:1136-42.
10. Beck CT. Brth trauma in the eye of the beholder. *Nurs Res*. 2004;53(1):28-35.
11. Olde E, van der Hart O, Kleber RJ, van Son MJM, Wijnen HAA, Pop VJM. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2005;6(3):125-42.
12. Van der Kolk BA, van der Hart O, Marmar CR. Dissociation and processing in posttraumatic stress disorder. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, editors. Traumatic Stress. New York; 1996.
13. Downie WW, Leathan PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Annals of the Rheumatic Disease*. 1978;37(378-381).

14. Green BL. Trauma History Questionnaire. In: Stamm BH, Varra EM, editors. Measurement of stress, trauma and adaptation. Lutherville: Sidran Press; 1996.
15. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):63-6.
16. Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire self-report version in two samples of Frenchspeaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*. 2005;20:145-51.
17. Fiszman A, Marques C, Berger W, Volchan E, Oliveira LAS, Coutinho ESF, et al. Adaptação transcultural para o português do instrumento Peritraumatic dissociative experience questionnaire, versão auto-aplicativa. *Rev Psiquiatr RS*. 2005;27(2):151-8.
18. Maia AC, Moreira SH, Fernandes E. Portuguese adaptation of the Peritraumatic Dissociation Experience Questionnaire (PDEQ) in a sample of ambulance personnel. *Rev Psi Clin*. 2009;36(1):1-9.
19. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders-clinical version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Press; 1997.
20. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2th ed.: John Wiley & Sons, inc; 2000.
21. Janet P. L'automatisme psychologique. Paris: Félix Alcan; 1889.
22. James WW. The principles of psychology. Cambridge: Harvard University Press; 1890.
23. Prince M. The dissociation of a personality. New York: Oxford University Press; 1905.
24. Ray WJ. Dissociation in normal people. In: Mitchelson LK, editor. Handbook of dissociation: theoretical, empirical, and clinical perspectives. New York: Plenum; 1996. p. 51-66.
25. Anderson G, Yassenik L, Ross CA. Dissociative experience and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl*. 1993;17(5):677-86.
26. Hall JM. Dissociative experience of women child abuse survivors. *Trauma, violence & abuse*. 2003;4(4):283-308.
27. Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoa S, Hallak M. Childhood sexual abuse as a predictors of birthrelated posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse Negl*. 2009;33:877-87.

28. Marysko M, Reck C, Mattheis V, Finke P, Resch F, Moehler E. History of childhood abuse is accompanied by increased dissociation in young mothers five months postnatally. *Psychopathology*. 2010;43(2):104-9.
29. Creedy DK, Shochet M, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000;27(2):104-11.
30. Holditch-Davis D, Bartlett TR, Blickman AL, Miles MS. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *JOGNN*. 2003;32:161-71.
31. Vanderbilt D, Bushley T, Young R, Frank DA. Acute posttraumatic stress symptoms among urban mothers with newborns in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. *J Dev Behav Pediatr*. 2009;30:50-6.
32. Bob P. Pain, dissociation and subliminal self-representations. *Consciousness and Cognition*. 2008;17(1):355-69.
33. Maaranen P, Tanskanen A, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Koivumaa-Honkanen H, et al. The course of dissociation in the general population: a 3-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*. 2008;49(269-274).

ARTIGO IV

ARTIGO ORIGINAL

Comprehensive Psychiatry

Impact Factor: 2.082
5-Year Impact Factor: 2.404
Issues per year: 6

Submetido em 30/05/2011

TRAUMATIC CHILDBIRTH AND POST-POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND DEPRESSION

Carla Fonseca Zambaldi

Psychiatric, MD, Affective Disorders Unit, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco-Brazil

Amaury Cantilino

Psychiatric, Phd, Affective Disorders Unit, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco-Brazil

Jaqueline Vasconcelos Farias

Nurse, Oswaldo Cruz University Hospital, Brazil

Gustavo Paranhos

Psychiatric, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco-Brazil

Everton Botelho Sougey

Psychiatric, Phd, Affective Disorders Unit, Department of Neuropsychiatry, Federal University of Pernambuco-Brazil

ABSTRACT

Background: Some events during childbirth may be considered a traumatic experience leading to the development of posttraumatic stress disorder (PTSD). **Methods:** This prospective study investigated the proportion of women who had a traumatic childbirth based on DSM-IV criteria. The role of psychosocial and obstetric variables was investigated, along with the prevalence of post-childbirth-related PTSD and depression. **Results:** A total of 16.2% of the sample fulfilled the criteria for a traumatic event. More years of schooling; high pain score; peritraumatic dissociation; medical complications during pregnancy or birth or with the baby; primiparity; use of forceps; episiotomy; prematurity; dissatisfaction with maternity care; and previous traumas were the significant factors associated with traumatic childbirth. At six weeks after the birth, 8% of the traumatized women fulfilled the criteria for PTSD and depression. **Conclusion:** An important proportion of women experience childbirth as a traumatic event. PTSD, posttraumatic stress symptoms and depression may develop as a consequence of childbirth.

KEY-WORDS: posttraumatic stress disorder, stress, postpartum, postpartum depression

INTRODUCTION

In 1980, post-traumatic stress disorder (PTSD) was first listed in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (1). For a diagnosis of PTSD, the DSM-III criteria require an event to be considered beyond the range of usual human experience (2). The DSM-IV provides an extended understanding of the traumatic stressor. It has broadened the definition to include direct personal experience of an event that involves actual or threatened death or serious injury, or a threat to the physical integrity of self or others, and the individual response involves fear, helplessness, or horror (3). Thus, a less unusual event can result in the disorder if the individual believes that his or her life was endangered, or that a serious threat existed to the physical integrity of themselves or others. After this, studies have indicated that, for some women, childbirth may be a traumatic experience leading to the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) (4-17).

Giving birth may be considered an extremely stressful event in the lives of many women. There are some women who experience events during childbirth that would be

traumatic for most women, such as life-threatening complications for themselves or their baby, or undergoing medical interventions without adequate pain relief. However, other women may have a seemingly “normal” birth but may feel traumatized by aspects such as intense pain, long duration of delivery, loss of control, fear of losing or harming themselves or the baby, poor emotional support, lack of information or support from staff, and intense obstetric intervention (18, 19).

Around 30% of women rate their birth experience as traumatic (7, 9, 10, 20, 21). The risk factors for a traumatic childbirth include a high level of obstetric intervention (9), intense labor pain (9), complications with the baby (9), dissatisfaction with the care received during the delivery (7, 9, 19), peritraumatic dissociation (11, 22), and history of psychiatric disease (5, 13, 15) or previous traumatic experience (9).

People cope with a traumatic experience in different ways (23, 24). After a trauma, some people are resilient, having the ability to maintain an emotional equilibrium. Others have some psychiatric symptoms and then recover. And some, such those that have PTSD, are unable to recover and develop a chronic dysfunction. Studies conducted in the USA (9), Europe (4-6, 10, 11, 13-15), Australia (7, 17, 25), and Nigeria (12) have reported that PTSD following a difficult experience of childbirth affects between 1 and 6% of women.

The main symptoms of PTSD, according to the DSM-IV, include persistent re-experience of the traumatic event (criterion B), persistent avoidance of stimuli associated with the event and numbing of general responsiveness (criterion C), as well as symptoms of increased arousal (criterion D). In order to produce a PTSD diagnosis, symptoms must last for a least one month and cause significant impairment of daily life functioning (criterion E and F). Childbirth-related PTSD was found to have wide-ranging effects on women and their relationships (14, 26). Women reported changes in psychical wellbeing, mood, behavior, social interaction, and fear of childbirth (27). Women reported negative effects on their relationship with their partner, including sexual dysfunction, arguments, and blaming the partner for the events surrounding the birth (27). The impact of birth trauma on women can affect the mother-child relationship and give rise to negative feelings and emotions (28).

The aim of this study is to assess traumatic childbirth and PTSD following childbirth in Brazilian women. This was a prospective investigation using questionnaires and an interview to examine the proportion of women who experienced a traumatic childbirth,

according to the DSM-IV criteria, and the role of psychosocial and obstetrical variables, and the prevalence of post-childbirth-related PTSD and depression.

METHODOLOGY

The Ethics and Research Committee of the Federal University of Pernambuco's Health Sciences Center approved the study protocol, and informed consent was obtained from the participants, once the aims and objectives of the study had been explained. It was explained that participation was voluntary and that refusal to participate would not affect future care.

The participants (N=328) were recruited from two maternity hospitals in Recife, Brazil. Data was collected between July 2010 and November 2010. Of the 358 women who were asked to participate, 30 refused and 328 (91.6%) entered the study.

The inclusion criteria were women who were: (1) able to speak, read and understand Portuguese; (2) aged over 18 years old; (3) up to 72 hours postpartum; (4) whose baby was alive at the time of the interview. To minimize the confounding factors, we excluded women who were currently in treatment for a psychiatric disorder.

In the first stage of this study, the women were interviewed and answered questionnaires, at the maternity unit, up to 72 hour postpartum. The following tools were used:

- 1- The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) is a semistructured interview for making the major DSM-IV Axis I diagnoses. The instrument is designed to be administered by a clinician or trained mental health professional (29). The women were interviewed about the childbirth using item A for PTSD to assess the criteria for a traumatic event. The interview was conducted by a psychiatrist or a trained nurse. To assess criterion A1, women were asked if, during labor or childbirth they: (1) had felt their life was threatened or were very worried about the possibility of dying, (2) had felt the baby's life was threatened, (3) had felt that they had suffered psychological damage, (4) had received terrible news, such as obstetrical complications, complications with the baby, or that the baby was not healthy. To assess criterion A2 the women were asked if during the childbirth they had felt intense fear, helplessness, terror or horror.

- 2- A socio-demographic and obstetrical characteristics questionnaire was administered to assess the following information: age, marital status, level of education, professional status, personal psychiatric history, type of delivery, time of gestation at delivery, parity, previous miscarriage, obstetrical complications, complications with the baby, satisfaction with maternity care, and information about the labor process.
- 3- The Numeric Rating Scale (NRS) is a 0-10 pain scale, 0 represents no pain and a score of 10 represents the worst imaginable pain. Women were asked to quantify their labor pain level (30).
- 4- The Trauma History Questionnaire (THQ) is a series of questions about previous trauma. The questionnaire is divided into questions covering crime experiences, general disaster and trauma questions, and questions about physical and sexual experiences (31, 32).
- 5- The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire, self-report version (PDEQ-SRV) consists of 10 items describing dissociative experiences during the occurrence of a traumatic event. Women were asked, retrospectively about the occurrence of items during labor or immediately after the birth, and asked to fill in a 1-5 scale (1=not at all true, 2=slightly true, 3=somewhat true, 4=very true, 5=extremely true), resulting in a score ranging from 10 to 50. A score above 15 is indicative of significant dissociation. The internal consistency of the items was good ($\alpha=0.79$) (33). The PDEQ-10SRV was translated and adapted to Portuguese. The internal consistency of the Portuguese version was 0.87 (34, 35).

All women whose childbirth fulfilled the criteria for traumatic event were informed about a second stage in the study. They were contacted for an interview by telephone six weeks postpartum. They were interviewed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) for posttraumatic stress disorder and depression (29).

Statistical analysis

Socio-demographic and obstetrical variables, previous trauma and dissociative experiences in women with and without traumatic childbirth were compared. Fisher's exact test/chi-square test was used to compare categorical variables, and Mann-Whitney/Student's t test to compare continuous variables. The Odds Ratio and 95% CI were calculated for the variables. All differences were tested with a significance level of 0.05. To predict the risk of

traumatic childbirth, the significant variables were then entered into a stepwise regression analysis (36). Data were analyzed using R v2 version 10.0.

RESULTS

Sample characteristics

The women were aged between 18 and 42 (mean: 25, SD: 5.6). A total of 78.6% of the sample were married or cohabiting with a partner, and 43.3% were employed. The mean value for years of schooling was 8.8. A total of 59.2% of the women did not complete high school (11 years of schooling), and only six (2%) had completed higher education. A total of 19.2% of the women had had a previous miscarriage, 22.1% had had a high-risk pregnancy, and 51.5% had given birth to their first child (Table 1).

72 hours postpartum results

The interview about the childbirth using SCID-I revealed that a total of 18.6% of the sample had felt their life was threatened or were very worried about the possibility of dying during the childbirth, 34.2% felt the baby's life threatened, 3.1% felt they had suffered a psychological injury, 3.7% received some terrible news, such as obstetrical complications, complications with the baby, or that the baby was not normal. 16.8% felt intense fear, 9.8% helplessness, 4% horror. A total of 53 women (16.2%) fulfilled the criteria for having experienced a traumatic event.

More years of schooling; a high pain score; peritraumatic dissociation; medical complications during pregnancy or birth or with the baby; primiparity; forceps; episiotomy; prematurity; dissatisfaction with maternity care; and previous traumas were the significant factors associated with traumatic childbirth (Table 1).

The previous traumas associated with traumatic childbirth were sexual assault with sexual intercourse, being in a situation where they feared being killed or seriously injured; being beaten, "spanked" or pushed by a family member; seeing dead bodies; and hearing news of illness or death of a family member or close friend (Table 2).

Table 1 Socio-demographic and obstetrical variables associated with traumatic childbirth.

Variable	Total sample (n=328)	Traumatic childbirth ^(a) (n=53)	No traumatic childbirth (n=275)	P-value ^(b)	OR (CI 95%)
Age (mean)	25 (SD=5.6)	24.8 (SD=5.3)	25.1 (SD=5.7)	0.8855	
Years schooling (mean)	8.8 (SD=2.7)	9.7 (SD=2.0)	8.6 (SD=2.7)	0.0064	
Pain Score (mean)	7 (SD=3.3)	8.3 (SD=3.1)	6.7 (SD=3.3)	0.0000	
Pain Level					
Low	48 (14.7%)	6 (11.3%)	42 (15.3%)	0.0917 0.1200	0.32 (0.08- 1.19) 2.08 (0.88- 5.73)
Medium	91 (27.8%)	4 (7.6%)	87 (31.8%)		
intense	188 (57.5%)	43 (81.1%)	145 (52.9%)		
Peritraumatic dissociation (mean score PDEQ)	11.5 (SD=3.9)	15.62 (SD=7.40)	10.75 (SD=1.97)	0.0000	
Marital status					
Single/divorced/ widowed	70 (21.4%)	14 (26.4%)	56 (20.4%)	0.3264	0.71 (0.37- 1.44)
Married/cohabiting with a partner	238 (78.6%)	39 (73.6%)	219 (79.6%)		
Professional status					
Employed	142 (43.3%)	33 (62.3%)	153 (55.6%)	0.3735	0.76 (0.41- 1.38)
Unemployed	186 (56.7%)	20 (37.7%)	122 (44.4%)		
Age left education (years)					
8 or under	133 (40.6%)	13 (24.5%)	120 (43.6%)	0.0107 0.5886	2.40 (1.26- 4.86) 1.85 (0.09- 12.67)
9-11	189 (57.6%)	39 (73.6%)	150 (54.6%)		
12 or more	6 (1.8%)	1 (1.9%)	5 (1.8%)		
High risk pregnancy					
No	254 (77.9%)	34 (64.2%)	220 (80.6%)	0.0096	2.32 (1.21- 4.35)
yes	72 (22.1%)	19 (35.9%)	53 (19.4%)		
Obstetric complication at pregnancy					
No	268 (82.2%)	36 (67.9%)	232 (85.0%)	0.0038	2.67 (1.35- 5.15)
Yes	58 (17.8%)	17 (32.1%)	41 (15%)		

Variable	Total sample (n=328)	Traumatic childbirth ^(a) (n=53)	No traumatic childbirth (n=275)	P-value ^(b)	OR (CI 95%)
Parity					
Primiparous	169 (51.5%)	34 (64.2%)	135 (49.1%)	0.0467	0.54 (0.29-0.98)
Multiparous	159 (48.5%)	19 (35.9%)	140 (50.9%)		
Previous miscarriage					
No	265 (80.8%)	45 (84.9%)	220 (80%)	0.7545 0.3130	0.86 (0.31-2.04) 0.47 (0.07-1.67)
one	40 (12.2%)	6 (11.3%)	34 (12.4%)		
two or more	23 (7%)	2 (3.8%)	21 (7.6%)		
Type delivery					
Vaginal	195 (59.5%)	30 (56.6%)	165 (60.0%)	0.6449	1.15 (0.63-2.08)
Cesarean section	133 (40.6%)	23 (43.4%)	110 (40.0%)		
Forceps					
No	183 (93.9%)	24 (80.0%)	159 (96.4%)	0.0022	6.63 (1.93-22.85)
Yes	12 (6.2%)	6 (20.0%)	6 (3.6%)		
Episiotomy					
No	101 (51.7%)	8 (26.7%)	86 (52.1%)	0.0130	0.33 (0.13-0.77)
yes	94 (48.3%)	22 (73.3%)	79 (47.9%)		
Prematurity					
No	287 (87.5%)	41 (77.4%)	246 (89.5%)	0.0174	2.48 (1.14-5.16)
Yes	41 (12.5%)	12 (22.6%)	29 (10.6%)		
Obstetrical complication at birth					
No	304 (93.0%)	36 (69.2%)	268 (97.5%)	0.0000	17.02 (6.79-46.94)
Yes	23 (7.0%)	16 (30.8%)	7 (2.6%)		
Complication with the baby					
No	268 (82%)	33 (63.5%)	235 (85.5%)	0.0003	3.38 (1.74-6.49)
Yes	59 (18%)	19 (36.5%)	40 (14.6%)		
Baby needing hospital care					
No	256 (78.3%)	31 (59.6%)	224 (81.8%)	0.0006	3.03 (1.60-5.70)
Yes	71 (21.7%)	21 (40.4%)	50 (18.3%)		
Presence of a companion or partner during labor					
No	97 (29.7%)	17 (32.7%)	80 (29.1%)	0.6024	0.84 (0.45-1.62)
Yes	230 (70.3%)	35 (67.3%)	195 (70.9%)		
Satisfaction with maternity care					
No	37 (11.3%)	15 (28.3%)	22 (8%)	0.0001	0.22 (0.11-0.47)
Yes	291 (88.7%)	38 (71.7%)	253 (92%)		

Variable	Total sample (n=328)	Traumatic childbirth ^(a) (n=53)	No traumatic childbirth (n=275)	P-value ^(b)	OR (CI 95%)
Well informed of the progress of labor					
No	55 (16.8%)	21 (39.6%)	34 (12.4%)	0.0000	0.22 (0.11-0.42)
Yes	273 (83.2%)	32 (60.4%)	241 (87.6%)		
Consider the medical obstetrical care					
Bad	14 (4.3%)	7 (13.2%)	7 (2.5%)	0.0199 0.0032 0.0025	0.12 (0.01-0.62)
Regular	19 (5.8%)	2 (3.8%)	17 (6.2%)		0.18 (0.05-0.57)
Good	133 (40.5%)	20 (37.7%)	113 (48.4%)		0.17 (0.05-0.55)
Excellent	162 (49.4%)	24 (45.3%)	138 (50.2%)		
Trauma previous					
No	95 (29%)	7 (31.2%)	88 (32%)	0.3558 0.2769 0.0017	1.71 (0.52-5.46)
One	50 (15.3%)	6 (11.3%)	44 (16%)		1.96 (0.55-6.60)
Two	37 (11.3%)	5 (9.4%)	32 (11.6%)		3.96 (1.77-10.12)
Three or more	146 (44.4%)	35 (66%)	111 (40.4%)		

(a) SCDI-I

(b) Fisher's exact test/chi-square test was used to compare categorical variables, and Mann-Whiney/Student's t test to compare continuous variables

Table 2 – Previous trauma in women with traumatic childbirth.

Previous trauma ^(a)	Total sample (n=328)	traumatic childbirth ^(b) (n=53)	No traumatic childbirth (n=275)	p-value ^(c)	OR (CI 95%)
Crime					
Direct (e.g. mugging)	54 (16.5%)	13 (24.5%)	41 (14.9%)	0.0873	1.85 (0.89-3.70)
Robbed	81 (24.7%)	18 (34%)	63 (22.9%)	0.0901	1.73 (0.90-3.23)
Breaking in (S absent)	18 (5.5%)	4 (7.6%)	14 (5.1%)	0.4751	1.52 (0.42-4.45)
Breaking in (S presente)	20 (6.1%)	6 (11.3%)	14 (5.1%)	0.0910	2.38 (0.81-6.26)
General					
Serious accident	23 (7%)	(7.6%)	19 (6.9%)	0.7819	1.20 (0.27-3.72)
Natural accident	27 (8.2%)	6 (11.3%)	21 (7.6%)	0.3747	1.54 (0.54-3.82)
Human disaster	20 (6.1%)	5 (9.4%)	15 (5.5%)	0.2737	1.81 (0.57-4.91)

Previous trauma ^(a)	Total sample (n=328)	traumatic childbirth ^(b) (n=53)	No traumatic childbirth (n=275)	p- value ^(c)	OR (CI 95%)
Toxic exposure	3 (0.9%)	2 (3.8%)	1 (0.4%)	0.0544	10.75 (1.01-233.7)
Other/serious injury	14 (4.3%)	3 (5.7%)	11 (4%)	0.5938	1.43 (0.32-4.77)
Other/feared injury or death	62 (18.9%)	19 (35.9%)	43 (15.6%)	0.0009	3.02 (1.56-5.74)
Seen other injured/killed	103 (31.4%)	22 (41.5%)	81 (29.5%)	0.0856	1.70 (0.92-3.10)
Seen dead bodies	122 (37.2%)	29 (54.7%)	93 (33.8%)	0.0046	2.36 (1.31-4.32)
Close person killed	34 (10.4%)	9 (17%)	25 (9.1%)	0.0897	2.05 (0.85-4.54)
Spouse, partner, child died	27 (8.3%)	7 (13.2%)	20 (7.3%)	0.1587	1.93 (0.72-4.65)
Serious illness	12 (3.7%)	3 (5.8%)	9 (3.3%)	0.3863	1.81 (0.39-6.31)
News/illness death of close person	125 (38.1%)	29 (54.7%)	96 (34.9%)	0.0075	2.25 (1.25-4.11)
Combat	0	0	0	-	-
Physical/sexual					
Intercourse oral/anal sex	17 (5.2%)	8 (15.1%)	9 (3.3%)	0.0012	5.25 (1.88-14.45)
Touched body	21 (6.4%)	6 (11.3%)	15 (5.5%)	0.1182	2.21 (0.76-5.75)
Other unwanted sex	11 (3.4%)	2 (3.8%)	9 (3.3%)	0.8530	1.16 (0.17-4.66)
Attacked with weapon	9 (2.7)	2 (3.8%)	7 (2.6%)	0.6185	1.50 (0.22-6.42)
Attacked without weapon	11 (3.4%)	1 (1.9%)	10 (3.6%)	0.5246	0.51 (0.03-2.75)
Spanked/pushed-family	30 (9.2%)	10 (18.9%)	20 (7.3%)	0.0098	2.65 (1.26-6.65)
other	37 (11.3%)	9 (17%)	28 (10.2%)	0.1566	1.80(0.76-3.96)

^(a) Items of the Traumatic History Questionnaire

^(b) SCID-I for criterion A1 and A2 of DSM-IV

^(c) Chi-square test or Fisher's exact test

Table 3 shows the results of the multiple regression analysis. Socio-demographic variables were analyzed during the first step of multiple regression analysis, with the significant variable being level of education ($p=0.0158$). Obstetrical variables were included in the second step. Dissociative experience, complications at birth, and complications with the baby were significant factors associated with traumatic childbirth. The women's opinions about maternity care were included in step 3 with the significant variable being not receiving

all information needed about the labor at the maternity hospital. Previous traumas were entered in step 4. News of illness or death of a close friend or family member and sexual assault with sexual intercourse ($p=0.0054$) both significantly predicted traumatic childbirth. To obtain the final parameters, a final regression logistic model was run containing only those variables that were significant. The results of the final multivariable logistic regression show that only dissociative experiences, complications at birth and not receiving all the information needed about the labor at the maternity hospital were significantly associated with traumatic childbirth.

Table 3 Significant variables associated with traumatic childbirth^(a) in logistic regression analysis.

Variable	p-value	OR (CI 95%)
Socio demographic variables		
Years of schooling		
8 or under	0.0107	2.40 (1.26-4.86)
9-11		
12 or more		
	0.5886	1.85 (0.09-12.67)
Obstetric variables		
Obstetrical complication at birth	0.0000	10.47 (3.71-31.56)
Complication with the baby	0.0123	2.69 (1.22-5.78)
Dissociative experience at birth	0.0000	8.55 (3.70-20.01)
Satisfaction with maternity care		
Well informed of the progress of labor	0.0000	0.22 (0.11-0.42)
Trauma previous		
News of death or serious injury of a close person	0.0269	1.99 (1.08-3.69)
Sexual abuse	0.0054	4.29 (1.50-12.05)
Final multivariable analysis		
Dissociative experience at birth	0.0000	9.96 (4.21-24.04)
Obstetrical complication at birth	0.0000	10.34 (3.57-32.01)
Well informed of the progress of labor	0.0001	0.21 (0.10-0.47)

^(a) Based in SCID-I

Six weeks postpartum results

Twenty-six women were interviewed by telephone six weeks postpartum (49% of the 53 women who fulfilled the criteria for traumatic childbirth). One of them was excluded because her baby died. Twenty-seven women were not interviewed because they did not have a telephone or did not answer the call.

Two women of the sample of 25 interviewed (8%) reported having all symptoms of posttraumatic stress disorder (criteria B-F). Twelve women (48%) fulfilled the criteria for re-experience, avoidance or hyperarousal but not all the criteria for PTSD (subclinical PTSD). The frequency of the types of symptoms reported by women were as follows: re-experience (52%), avoidance (12%), and arousal (8%). All women that reported symptoms of PTSD reported having changed their plans about having another child.

All the women with PTSD fulfilled the criteria for major depression.

DISCUSSION

A total of 16.2% of the sample fulfilled the criteria for a traumatic childbirth according to the SCID-I. This rate was significantly lower than those described in other articles. Previous studies have found a traumatic childbirth rate of 21.4% to 45.5% (7, 9, 10, 17, 20). One explanation for this difference may be the use of face-to-face interviews based on SCID-I. In a face-to-face interview, it is easier to confirm the accuracy and intensity of the reported symptoms than in self-report tools. In this study, we only considered the answer to be affirmative when the fear of death identified was intense. Another explanation may be the impact of the Brazilian public health policy. As a measure to reduce the maternal mortality rate, Brazil has been investing in humanized childbirth care. Measures have included enabling more women to have prenatal care, providing doulas during labor and allowing the partner to be present, and providing alternative pain relief methods and taking measures to avoid cesarean section.

Prenatal variables included high risk pregnancy, obstetrical complications during pregnancy, parity, and complications during birth, such as preeclampsia, failure to progress and a long labor process were related associated factors. The use of forceps and episiotomy, which are medical procedures used when the mother or the baby is at risk, appear to be distressing, causing the mothers to fear for their own or their baby's life.

Different obstetric procedures, in particular emergency cesarean section, has been found to be related to traumatic childbirth (17). In our study, despite the high rate of cesarean section (40.6%), it was not associated with traumatic childbirth. In Brazil, the decision to perform a cesarean section is often strongly influenced by nonmedical factors (37), and the cesarean culture in Brazil makes women believe that a vaginal birth is a risky and negative experience, whereas caesarean sections represent the best quality care (38). Recent studies have begun to look at the significance of women's perceptions of their birth experience.

The identification of medical complications in the baby was distressing and contributed to the development of trauma symptoms (7). Fear for a child's safety is a hugely powerful emotion and some women are faced with the horrifying possibility of their child's death during the birth process. In our study, the baby being placed in a neonatal intensive care, being born premature, or being born with a medical illness or disability were associated with the women perceiving their childbirth as traumatic.

Previous studies have found pain during the initial stages of labor (9) or the affective aspect of the pain (39) to be predictors of a traumatic birth. Likewise, most of the women in this sample indicated a high level pain on the numeric pain scale (81.1%). Previous experience, cultural and social factors and the environment influence the experience and the expression of pain. In Brazilian culture pain in labor is seen as a negative experience and even feared.

Dissatisfaction with intrapartum care was a significant contributor to traumatic childbirth. Staff-patient interaction is an important aspect of the delivery process, and staff members are responsible for guiding the mother through a physical as well as an emotionally challenging event. Negative aspects of staff-patient interaction were found to be related to postpartum PTSD (7, 9, 11, 19). In our study, some descriptions cited lack of patient-doctor communication, rudeness and failure to listen to patients, long waits for consultation with a doctor, staff indecision during emergency procedures, and lack of care, such as babies being born in the prepartum room without medical staff. It is clear that the aggressive management of childbirth and a failure to understand the emotional process of giving birth can cause real problems. However, failing to respect the dignity and privacy of the patient also gives rise to genuine suffering. Staff members need to be trained to be aware that the psychological outcome of the birth process is as important as the physical.

According to some authors (11, 39-41), peritraumatic dissociation has been found to be a powerful predictor of traumatic childbirth (11). Peritraumatic dissociation refers to

phenomena such as depersonalization, feelings of unreality, amnesia, out of body experiences, altered time perception and body image occurring during or subsequent to a traumatic experience (42, 43) and it is one of the many defensive processes used by humans in stressful situations.

Previous traumas were statistically associated with traumatic childbirth. Women who have experienced past sexual trauma were 12 times more likely to experience the childbirth event as traumatic. Similar results have been observed by Soet *et al.* (9). There is also some evidence that a previous traumatic event may predispose women to a traumatic birth experience, as there is a tendency for people with PTSD to relive the traumatic event if anything reminds them of it.

In this study, the prevalence of women reporting a symptom profile consistent with PTSD at 6 weeks post-partum was 8%. A previous study in postpartum Brazilian women described 5.3% of PTSD (44). But it is important to realize that, in this present study, the trauma scale items relating to intrusion and avoidance refer specifically to traumatic childbirth. According to this methodology, Alcorn *et al.* used The Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS self-report) when studying 394 women with traumatic childbirth and observed that 5.8% of them developed PTSD six months after the birth (17). Creed *et al.* interviewed 164 childbirth traumatized women by telephone using Posttraumatic Stress Symptoms (PSS), and 5.6% of this sample met the criteria for PTSD (7). In line with other research (4, 5, 7, 9, 10, 13), this study found that a large proportion of women (48%) experience significant symptoms of trauma but do not meet the full diagnostic criteria for PTSD.

We observed that both of the women who met the criteria for PTSD also experienced postpartum depression. Davies *et al.* found that 75% of women with postpartum PTSD reported significant concomitant depressive symptoms (14), and White *et al.* found that, of nine women with childbirth-related PTSD, six experienced concomitant postpartum depression (25). The finding that women with PTSD are also depressed may have a number of important clinical implications. PTSD may be masked by a diagnosis of postpartum depression, and this comorbidity may exacerbate the negative repercussions and make treatment of postpartum PTSD more difficult.

Although, the present study provides an important contribution to the national literature on PTSD following childbirth, a number of limitations should be pointed out. These findings are limited to the sample on which they were based. This was a sample of women

with a low level of education using the public health service. The small number of women found to have PTSD was insufficient for the risk factors for this disorder to be identified. A large and well-funded epidemiological study would be required to reach solid conclusions regarding these issues.

CONCLUSION

An important proportion of women experience childbirth as a traumatic event. More years of schooling; a high pain score; peritraumatic dissociation; medical complications during pregnancy or birth or with the baby; primiparity; the use of forceps; episiotomy; prematurity; dissatisfaction with maternity care; and previous traumas were the factors significantly associated with traumatic childbirth. These traumatized women may develop childbirth related PTSD and postpartum depression.

1. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn Washington DC: Americam Psychiatric Association; 1980.
2. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edn revised. Washington: Americam Psychiatric Association; 1987.
3. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. 4th edn revised. Washington: Americam Psychiatric Association; 2000.
4. Wijma K, Soderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997;11(6):587-97.
5. Czarnocka J, Slade P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Br J Clin Psychology*. 2000;39:35-51.
6. Ayres S, Pickering D. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? a prospective study of incidence. *Birth*. 2001;28(2):111-8.
7. Creedy DK, Shochet M, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*. 2000;27(2):104-11.
8. Skari H, Skreden M, Malt UF, Daltholt M, Ostensen AB, Egeland T, et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth: a prospective population-based study of mothers and fathers. *Br J Obst Gynaecol*. 2002;109:1154-63.
9. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*. 2003;30(1):36-46.
10. Olde E, van der Hart O, Kleber RJ, van Son MJM, Wijnen HAA, Pop VJM. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2005;6(3):125-42.
11. van Son M, Verkerk G, van der Hart O, Komproe I, Pop V. Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of posttraumatic stress: an empirical study. *Clin Psychol Psychotherapy*. 2005;12:297-312.
12. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after Childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG*. 2006;113:284-8.

13. Maggioni C, Margola D, Filippi F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology*. 2006;27(2):81-90.
14. 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):537-54.
15. Soderquist J, Wijma B, Thobert G, Wiljma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BLOG*. 2009;116:672-80.
16. Wittchen H, Gloster A, Beesdo K, Schonfeld S, Perkonig A. Posttraumatic stress disorder: diagnostic and epidemiological perspectives. *CNS Spectr*. 2009;14(1 (suppl 1)):5-12.
17. Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, Creedy D, Devilly GJ. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*. 2010;40(11):1849-59.
18. Ford E, Ayers S, Bradley R. Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*. 2010;24:353-9.
19. Beck CT. Birth trauma in the eye of the beholder. *Nurs Res*. 2004a;53(1):28-35.
20. Gamble J, Creedy DK, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth*. 2005;32(1):11-9.
21. Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Traumatic birth and posttraumatic stress disorder: a review. *J Bras Psiquiatr*. 2010;58(4):252-7.
22. Ayres S. thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth*. 2007;34(3):253-63.
23. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*. 2008;S(1):101-13.
24. Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of response to stress. *Social Science & Medicine*. 2009;68:2190-8.
25. White T, Matthey S, Boyd K, Barnett B. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2006;24(2):107-20.
26. Beck CT. Birth trauma and its sequelae. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2009;10:189-203.
27. Ayers S, Eagle A, Waring H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychol Health Med*. 2006;11(4):389-98.
28. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of the traumatic childbirth: a meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(10):2142-53.
29. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders-clinical version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Press; 1997.
30. Downie WW, Leathan PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Annals of the Rheumatic Disease*. 1978;37(378-381).
31. Green BL. Trauma History Questionnaire. In: Stamm BH, Varra EM, editors. *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville: Sidran Press; 1996.
32. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):63-6.
33. Birmes P, Brunet A, Benoit M, Defer S, Hatton L, Sztulman H, et al. Validation of the Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*. 2005;20:145-51.
34. Fiszman A, Marques C, Berger W, Volchan E, Oliveira LAS, Coutinho ESF, et al. Adaptação transcultural para o português do instrumento Peritraumatic dissociative experience questionnaire, versão auto-aplicativa. *Rev Psiquiatr RS*. 2005;27(2):151-8.
35. Maia AC, Moreira SH, Fernandes E. Portuguese adaptation of the Peritraumatic Dissociation Experience Questionnaire (PDEQ) in a sample of ambulance personnel. *Rev Psi Clin*. 2009;36(1):1-9.

36. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2th ed.: John Wiley & Sons, inc; 2000.
37. Gomes UA, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA. Risk factors for the increasing cesarean section rate in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts, 1978-1979 and 1944. *Int J Epidemiology*. 1999;28(4):687-94.
38. Nuttall C. The caesarean culture of Brazil. *BMJ*. 2000;15(7241):1074.
39. Boudou M, Séjourné N, Charbrol H. Douleur de L'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. *Gynécologie Obstétrique Fertilité*. 2007;35:1136-42.
40. Moleman N, van der Hart O, van der Kolk BA. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1992;180:271-2.
41. Kennedy HP, MacDonald EL. "Altered consciousness" during childbirth: potential clue to post traumatic stress disorder? *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2002;47(5):380-2.
42. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ. Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress disorder. In: Brenner JD, Marmar CR, editors. *Trauma, memory, and dissociation*. Washington: American Psychiatric Press; 1998. p. 229-52.
43. Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Dellucchi KL, Best SR, Wentworth KA. Longitudinal course and predictors distress following critical incident exposure in emergency services personnel. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1999;187:15-22.
44. Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Archives of Women's Mental Health*. 2011;in press.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta amostra de mulheres, 260 (79,27%) eram provenientes da Maternidade Barros Lima, e 68 (20,73%) na maternidade do Hospital das Clínicas da UFPE. A média de idade foi de 25 anos (DP=5,6) e a média da escolaridade 8,8 anos de estudo. A maioria (78,6%) tinham um companheiro (casadas ou moravam junto) e 56,7% não trabalhavam. A média do número de consultas de pré-natal realizadas foi 6,7 (DP=2,2), sendo que, 22% das mulheres fizeram pré-natal em serviços especializados de gestação de alto risco. Um acompanhante durante o trabalho de parto esteve presente com 70,3% das mulheres, 40,6% dos partos foi cesariana e 59,5% partos vaginais e a maioria dos partos (85,1%) foi a termo. Em 7% houve alguma complicação obstétrica, como hipertensão, hemorragias, necessidade de cesariana de urgência. Em 18% houve complicações com o recém-nascido como prematuridade, baixo-peso, problemas respiratórios, mal formações e necessidade de internação.

Cinquenta e sete vírgula cinco por cento das mulheres identificaram, na escala numérica para dor, dor intensa; 27,8% dor moderada e 14,7% dor leve. A maioria considerou ter sido bem atendida na maternidade (88,7%) e que recebeu todas as informações que precisava durante seu trabalho de parto e no parto (83,2%). Noventa por cento considerou o atendimento recebido pelo(a) obstetra bom ou ótimo e 84,2% o atendimento da equipe de enfermagem bom ou ótimo.

Um total de 37 mulheres (11,3%) teve experiências dissociativas significativas no periparto, sendo os sintomas mais frequentes foram: a noção de tempo mudou, as coisas pareciam estar acontecendo em câmera lenta (16,2%); momentos em que perdeu a noção do que estava acontecendo, "deu um branco" ou "saiu do ar" ou de alguma forma sentiu como se não fizesse parte do que estava acontecendo (11,3%); surpresa ao descobrir mais tarde que várias coisas tinham acontecido naquela ocasião sem que houvesse sido percebido (10,4%) e desorientação, ficar perdida no tempo e no espaço (10,4%).

Nesta amostra, 71% das mulheres tinham vivido pelo menos um evento traumático prévio. Os traumas mais frequentes foram receber a notícia de que alguém próximo foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu inesperadamente (38,1%), ver cadáveres (excluindo funerais) (37,2%), ver alguém ser gravemente ferido ou morto (31,4%) e ser roubada (24,7%). Dezesete mulheres (5,2%) afirmaram que já passaram por situação na qual alguém a obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade (nove

delas tinham menos de 18 anos e sete mais de 18 anos); 21 mulheres (6,4%) registraram que alguém tocou em partes íntimas de seu corpo ou foi obrigada a tocar sob força ou ameaça (onze tinha menos de 18 anos e 10 mais de 18 anos) e 11 (3,4%) apontaram outras situações nas quais foi forçada a ter relações sexuais contra a sua vontade (três menos de 18 anos e oito maior de 18 anos).

Observamos que o parto traumático ocorreu em 53 mulheres (16,2% da amostra). Estas mulheres vivenciaram medo intenso de morrer ou de seu bebê morrer, perceberam seu parto como uma agressão física ou uma experiência humilhante e reagiram com medo intenso, impotência ou horror.

Ter mais anos de estudo, ser primípara, ter vivido traumas prévios, dor intensa durante o parto, experiências dissociativas no periparto, complicações durante a gestação ou o parto, complicações com o recém-nascido, ter parto prematuro ou com uso de fórceps ou episiotomia e se sentir insatisfeita com o atendimento da equipe de saúde na maternidade foram fatores significativamente associados à ocorrência do parto traumático.

Além disto, foi observado que mulheres que tiveram partos na maternidade do Hospital das Clínicas do UFPE tiveram com maior frequência parto traumático do que as que tiveram parto maternidade Barros Lima (20,59% x 8,85%, $p = 0,0121$). Esta diferença, provavelmente, se deve ao fato que a maternidade do Hospital das Clínicas é um hospital de referência para gestações de alto risco.

Foi feito uma avaliação prospectiva de 25 mulheres que tiveram parto traumático. Foi identificado que 12 (48%) tiveram sintomas do TEPT e duas (8%) completaram critérios para TEPT. As duas mulheres com diagnóstico de TEPT também preencheram critérios para depressão.

É importante que equipe médica que assistem mulheres no periparto esteja atenta para o parto traumático. É recomendável que a equipe de saúde que assistem mulheres no pós-parto estejam atentos ao seu estado emocional e procurem investigar como ela considerou o seu parto. Os aspectos emocionais da mulher durante e logo após o parto devem receber atenção tanto quanto os aspectos físicos. As mulheres primíparas, com gestação de alto risco, que já sofreram traumas previamente, e as que durante o parto, sofreram procedimentos obstétricos como fórceps ou episiotomia, que tiveram complicações médicas ou cujos bebês tiveram intercorrências são mais vulneráveis para ter um parto traumático. Um atendimento

de qualidade no periparto, humano, com respeito e atenção pela equipe médica pode prevenir este tipo de trauma. O suporte psicológico e o aconselhamento logo após o trauma pode reduzir o impacto do trauma e aumentar a confiança da mulher quando a partos futuros e reduzir o TEPT .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADEWUYA, A. O.; OLOGUN, Y. A.; IBIGBAMI, O. S. Post-traumatic stress disorder after Childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. **BJOG**, v. 113, p. 284-288, 2006.
- ÅHLUND, S. et al. Post-traumatic stress symptoms in mother of very low birth weight infants 2-3 years post-parto. **Arch Womens Ment Health**, v. 12, p. 261-264, 2009.
- ALCORN, K. L. et al. A prospective longitudinal study of the prevalence of posttraumatic stress disorder resulting from childbirth events. **Psychological Medicine**, v. 11, p. 1-11, 2010a.
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3rd edn. . Washington DC. 1980
- APA. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 3rd edn revised. Washington. 1987
- APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder**. 4th edn revised. Washington. 2000
- AYERS, S.; EAGLE, A.; WARING, H. The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. **Psychol Health Med**, v. 11, n. 4, p. 389-398, 2006.
- AYRES, S. thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. **Birth**, v. 34, n. 3, p. 253-263, 2007.
- AYRES, S.; PICKERRING, D. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? a prospective study of incidence. **Birth**, v. 28, n. 2, p. 111-118, 2001.
- BAILHAN, D.; JOSEPH, S. Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. **Psychology, Health & Medicine**, v. 8, n. 2, p. 159-168, 2003.
- BALLARD, C. G.; STANLEY, A. K.; BROCKINGTON, I. F. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. **Br J Psychiatry**, v. 166, n. 4, p. 525-528, 1995.
- BECK, C. T. Brth trauma in the eye of the beholder. **Nurs Res**, v. 53, n. 1, p. 28-35, 2004a.
- BIRMES, P. et al. The redictive power of peritraumatic dissociation and acute stress symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. **Am J Psychiatry**, v. 160, p. 1337-1339, 2003.
- BIRMES, P. J. et al. Symptoms of peritraumatic and acute traumatic stress among victms of a industral disaster. **Psychiatric Services**, v. 56, n. 1, p. 93-95, 2005.
- BONANNO, G. A. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity ti thrive after extremaly aversive events? **Psychological trauma: theory, research, practice, and policy**, v. S, n. 1, p. 101-113, 2008.

BOUDOU, M.; SÉJOURNÉ, N.; CHARBROL, H. Douleur de L'accouchement, dissociation et détresse périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. **Gynécologie Obstétrique Fertilité**, v. 35, p. 1136-1142, 2007.

BRASIL. **Acompanhamento pré-natal garante gravidez mais segura**. artigos, discussões e entrevistas. Brasília/DF: www.portal.saude.gov.br.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Campanha Incentivo ao Parto Normal**. Brasília/DC: www.portal.saude.gov.br 2008.

BRASIL. **Cobertura dada pelo pré-natal aumenta mais que 20%**. artigos, discussões e entrevistas: www.portal.saude.gov.br 2009.

BRASIL. **Consultas de pré-natal crescem 125% em seis anos**. notícias: www.portal.saude.gov.br 2010.

BREMNER, J. D.; BRETT, E. Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. **Journal of Traumatic Stress**, v. 10, p. 37-49, 1997.

BRIERE, J.; SCOTT, C.; WEATHERS, F. Peritraumatic and persistent dissociation in the presumed etiology of PTSD. **Am J Psychiatry**, v. 162, p. 2295-2301, 2005.

BRYANT, R. A. Early predictors of posttraumatic stress disorder. **Biol Psychiatry**, v. 53, p. 789-795, 2003.

BYDLOWSKI, M.; RAOUL-DUVAL, A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: la névrose traumatique post-obstétricale. **Perspectives Psychiatriques**, v. 4, p. 321-328, 1978.

CANTILINO, A. **Depressão pós-parto: prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbidade com transtornos ansiosos**. tese doutorado. Recife. 2009

CREEDY, D. K.; SHOCHET, M.; HORSFALL, J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. **Birth**, v. 27, n. 2, p. 104-111, 2000.

CZARNOCKA, J.; SLADE, P. Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. **Br J Clin Psychology**, v. 39, p. 35-51, 2000.

FORD, E.; AYERS, S.; BRADLEY, R. Exploration of a cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 24, p. 353-359, 2010.

FULLERTON, C. S. et al. Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. **Am J Psychiatry**, v. 158, p. 1486-1491, 2001.

HOLDITCH-DAVIS, D. et al. Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. **JOGNN**, v. 32, p. 161-171, 2003.

HOLEVA, V.; TARRIER, N. Personality and peritraumatic dissociation in the prediction of PTSD in victims of road traffic accidents. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 51, p. 687-692, 2001.

KANGAS, M.; HENRY, J. L.; BRYANT, R. A. Predictors of posttraumatic stress disorder following cancer. **Health Psychology**, v. 24, p. 579-585, 2005.

KAUFMAN, M. L. et al. Peritraumatic dissociation and physiological response to trauma-relevant stimuli in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 190, p. 167-174, 2002.

KOOPMAN, C.; CLASSEN, C.; SPIEGEL, D. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, California, firestorm. **American Journal of Psychiatry**, v. 151, p. 888-894, 1994.

LENSVELT-MUDERS, G. et al. Relation among peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: A meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, v. 28, p. 1138-1151, 2008.

MAGGIONI, C.; MARGOLA, D.; FILIPPI, F. PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. **Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology**, v. 27, n. 2, p. 81-90, 2006.

MARCHALL, G. N.; SCHELL, T. L. Reappraising the link between peritraumatic dissociation and PTSD symptom severity: Evidence from a longitudinal study of community violence survivors. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 111, p. 626-636, 2002.

MARMAR, C. R.; WEISS, D. S.; METZLER, T. J. Peritraumatic dissociation and post-traumatic stress disorder. In: BREMNER, J. D. e MARMAR, C. R. (Ed.). **Trauma, memory, and dissociation**. Washington: American Psychiatric Press, 1998. p.229-252.

MARMAR, C. R. et al. Longitudinal course and predictors distress following critical incident exposure in emergency services personnel. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 187, p. 15-22, 1999.

MARMAR. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress male Vietnam theater veterans. **American Journal of Psychiatry**, v. 151, p. 902-907, 1994.

MENAGE, J. Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. **J Reprod Infant Psychol**, v. 11, p. 221-228, 1993.

MOLEMAN, N.; VAN DER HART, O.; VAN DER KOLK, B. A. The partus stress reaction: a neglected etiological factor in postpartum psychiatric disorders. **Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 180, p. 271-272, 1992.

O'TOOLE, B. I. et al. Combat, dissociation, and posttraumatic stress disorder in Australian Vietnam veterans. **Journal of Traumatic Stress**, v. 12, p. 625-640, 1999.

OLDE, E. et al. Peritraumatic dissociation and emotions as predictors of PTSD symptoms following childbirth. **Journal of Trauma & Dissociation**, v. 6, n. 3, p. 125-142, 2005.

OZER, E. J. et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. **Psychological Bulletin**, v. 129, p. 52-73, 2003.

RYDING, E. L.; WIJMA, K.; WIJMA, B. Experiences of emergency cesarean section: A phenomenological study of 53 women. **Birth**, v. 25, n. 4, p. 246-251, 1998.

SKARI, H. et al. Comparative levels of psychological distress, stress symptoms, depression and anxiety after childbirth: a prospective population-based study of mothers and fathers. **Br J Obst Gynaecol**, v. 109, p. 1154-1163, 2002.

SODERQUIST, J. et al. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. **BLOG**, v. 116, p. 672-680, 2009.

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

TICHENOR, V. et al. The relationship of peritraumatic dissociation and posttraumatic stress: Findings in female Vietnam theater veterans. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 54, p. 1054-1059, 1996.

TUCKER, P. et al. Traumatic reactions as predictors of posttraumatic stress six months after Oklahoma City bombing. **Psychiatric Service**, v. 48, p. 1191-1194, 1997.

URSANO, R. U. et al. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder following motor vehicle accidents. **Am J Psychiatry**, v. 156, p. 1808-1810, 1999.

VAN DER VELDEN, P. G. et al. The independent predictive value of peritraumatic dissociation for postdisaster intrusion, avoidance reaction, and PTSD symptom severity: A 4-year prospective study. **Journal of Traumatic Stress**, v. 19, p. 493-506, 2006.

VAN DER VELDEN, P. G.; WITTMANN, L. The independent predictive value of peritraumatic dissociation for PTSD symptomatology after type I trauma: a systematic review of prospective studies. **Clinical Psychology Review**, v. 28, p. 1009-1020, 2008.

VAN SON, M. et al. Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of posttraumatic stress: an empirical study. **Clin Psychol Psychotherapy**, v. 12, p. 297-312, 2005.

VANDERBILT, D. et al. Acute posttraumatic stress symptoms among urban mothers with newborns in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. **J Dev Behav Pediatr**, v. 30, p. 50-56, 2009.

WHITE, T. et al. Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: prevalence, course and co-occurrence. **Journal of Reproductive and Infant Psychology**, v. 24, n. 2, p. 107-120, 2006.

WIJMA, K.; SODERQUIST, J.; WIJMA, B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 11, n. 6, p. 587-597, 1997.

ZAMBALDI, C. F. **Sintomas obsessivo-compulsivos na depressão pós-parto**. Dissertação de mestrado. Recife, p.85p. 2008

ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; SOUGEY, E. B. Traumatic birth and posttraumatic stress disorder: a review. **J Bras Psiquiatr**, v. 58, n. 4, p. 252-257, 2010.

ANEXO A

QUESTIONÁRIO DE DADOS BIO-SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Local da entrevista: _____ data: _____ hora: _____

Nome: _____

Idade: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Estado civil: () solteira () casada () mora junto () divorciada () viúva

Escolaridade (anos de estudo): _____ Ocupação: _____

Problema Clínico: () sim () não _____ Uso de Medicação: () sim () não _____

Você faz tratamento de algum problema psiquiátrico? () sim () não

ANEXO B

QUESTIONÁRIO DE DADOS OBSTÉTRICOS

Pré-natal

1. nº consultas : _____
2. Alto risco? () sim () não motivo: _____
3. Complicações: () sim () não _____
4. G_____ P_____ A_____

Parto

1. Data: _____ hora: _____
2. Dia da semana: () seg () ter () quar () qui () sex () Sab () dom
3. () a termo: 37 a 42 semanas () pré termo: < 37 semanas () pós-termo: > 42 semanas
4. Tipo: () parto vaginal () cesariana
5. Se parto vaginal: Episiotomia? () sim () não
6. Uso de fórceps? () sim () não
7. Se cesariana: indicação () eletiva () patologias maternas () patologias fetais () não progressão do parto
8. Tipo de anestesia: () nenhuma () geral () bloqueio (Peri ou raqui) () Local
9. Acompanhante durante o trabalho de parto e no parto? () sim () não
10. Complicações durante o parto? () sim () não
11. Fez uso de hemotransfusão? () sim () não
12. Complicações durante o pós-parto imediato? () sim () não

13. Necessitou de internação em UTI? () sim () não

14. Complicações com o RN? () sim () não

15. O RN necessitou internação? () sim () não

ANEXO C

ITEM A DA SCID-I PARA TEPT ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO TRAUMÁTICO
--

6- Você o sentiu sua vida ameaça, teve PAVOR de morrer? () Sim () Não

7- Você teve medo muito intenso de seu bebe morrer? () Sim () Não

8- Você se sentiu fisicamente agredida ou violentada? () Sim () Não

9- Você recebeu alguma notícia terrível? () Sim () Não

10-Você se sentiu APAVORADA? () Sim () Não

11-Você se sentiu desamparada? () Sim () Não

12-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

ANEXO D

QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO COM O ATENDIMENTO RECEBIDO PELA EQUIPE MÉDICA NA MATERNIDADE

- 1. Você foi bem atendida na maternidade?** () Sim () Não
- 2. Você recebeu todas as informações que precisava durante seu trabalho de parto e no parto?** () Sim () Não
- 3. Como você considera o atendimento que recebeu da equipe de enfermagem:**
() ruim () regular () bom () ótimo
- 4. Como você considera o atendimento que recebeu do(a) médico(a) obstetra:**
() ruim () regular () bom () ótimo
- 5. O que você considera que não foi bom no atendimento da equipe de saúde?**

ANEXO E

ESCALA DE DOR VISUAL NUMÉRICA

Qual a intensidade da dor que você sentiu no **TRABALHO DE PARTO E/OU NO MOMENTO DO PARTO?** (marque no número)



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

ANEXO F

QUESTIONÁRIO DE EXPERIÊNCIAS DISSOCIATIVAS PERITRAUMÁTICAS

1. Houve momentos em que eu perdi a noção do que estava acontecendo - "Me deu um branco" ou "eu saí do ar" ou de alguma forma eu senti como se eu não fizesse parte do que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

2.Eu senti que eu estava no "piloto automático" - Eu acabei fazendo coisas que mais tarde percebi que não tive intenção de fazer. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

3.Minha noção do tempo mudou - as coisas pareciam estar acontecendo em câmera lenta. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

4.O que estava acontecendo parecia que não era real, como se eu estivesse num sonho ou assistindo um filme ou uma peça de teatro. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

5. Eu senti como se estivesse assistindo a tudo o que estava acontecendo comigo pelo lado de fora, como um espectador, ou como se eu estivesse flutuando, vendo tudo de cima. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

6. Houve momentos em que a noção que eu tinha do meu próprio corpo parecia distorcida ou modificada. Eu me senti desligada do meu corpo ou que meu corpo estava maior ou menor do que o habitual. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

7. Eu senti como se as coisas que estavam acontecendo com outras pessoas estivessem acontecendo comigo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

8. Eu fiquei surpresa por descobrir mais tarde que várias coisas que tinham acontecido naquela ocasião eu não havia percebido, principalmente coisas que eu normalmente teria notado. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

9. Eu me senti confusa, ou seja, houve momentos em que eu tive dificuldade para entender o que estava acontecendo. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

10. Eu me senti desorientada, ou seja, houve momentos em que eu me senti perdida no tempo e no espaço. Marque um número de 1 a 5 para mostrar o quanto esta situação ocorreu com você.

1	2	3	4	5
Não	Leve	Moderado	Muito	Extremamente

ANEXO G

QUESTIONÁRIO DE HISTÓRIA DO TRAUMA

A série de questões a seguir diz respeito a eventos graves ou traumáticos durante a vida. Estes tipos de eventos realmente ocorrem com alguma regularidade, apesar de nós querermos acreditar que eles sejam raros. Após a sua ocorrência, eles afetam a maneira pela qual as pessoas sentem, reagem e/ou pensam a respeito das coisas. O conhecimento sobre a ocorrência de tais eventos assim como a reação a eles vai nos auxiliar a desenvolver programas de prevenção, educação e outros serviços. O questionário é dividido em perguntas que abordam experiências relacionadas a crime, perguntas sobre desastre em geral e trauma e perguntas sobre experiências físicas e sexuais.

Para cada evento, por favor, indique (com um círculo) se aconteceu e, em caso afirmativo, o número de vezes e a sua idade aproximada na época (se não tiver certeza, faça o melhor que puder). Além disso, diga a natureza da relação entre você e a pessoa envolvida e o tipo específico do evento, se for apropriado.

Eventos relacionados a crime

Em caso afirmativo

Nº de vezes Idade aproximada

- | | | | | |
|---|------------|------------|-------|-------|
| 1. Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto? | Não | Sim | _____ | _____ |
| 2. Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)? | Não | Sim | _____ | _____ |
| 3. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá? | Não | Sim | _____ | _____ |
| 4. Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você <u>estava</u> lá? | Não | Sim | _____ | _____ |

Desastre em geral e trauma

Em caso afirmativo

			Nº de vezes	Idade aproximada
5. Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	_____	_____

Desastre em geral e trauma

Em caso afirmativo

			Nº de vezes	Idade aproximada
6. Você já passou por algum desastre natural, do tipo deslizamento de terra, enchente, tempestade, terremoto, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	_____	_____
7. Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem ou ônibus, desmoronamento de um prédio, assalto a banco, incêndio, etc., durante o qual você percebeu que você ou pessoas queridas corriam perigo de vida ou ferimento? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	_____	_____
8. Você já foi exposto (a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?	Não	Sim	_____	_____
9. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido (a)? <u>Se responder sim</u> , por favor, especificar.	Não	Sim	_____	_____

10. Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque poderia ter sido morto (a) ou gravemente ferido (a)?
Se responder sim, por favor, especificar.

Não	Sim	_____	_____
------------	------------	-------	-------

11. Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto?
Se responder sim, por favor, especificar quem.

Não	Sim	_____	_____
------------	------------	-------	-------

Desastre em geral e trauma**Em caso afirmativo**

Nº de vezes	Idade aproximada
--------------------	-------------------------

12. Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo?
Se responder sim, por favor, especificar.

Não	Sim	_____	_____
------------	------------	-------	-------

13. Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado?
Se responder sim, por favor, especificar sua relação com esta pessoa (ex. mãe, neto, etc.).

Não	Sim	_____	_____
------------	------------	-------	-------

14. Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro (a), namorado (a) ou filho (a)?
Se responder sim, por favor, especificar sua relação com esta pessoa.

Não	Sim	_____	_____
------------	------------	-------	-------

15. Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida?
Se responder sim, por favor, especificar.

Não	Sim	_____	_____
------------	------------	-------	-------

16. Você já recebeu a notícia de que alguém próximo a você foi gravemente ferido, teve doença que ameaçou a vida ou morreu de forma inesperada?

Se responder sim, por favor, indicar.

Não

Sim

17. Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial?

Se responder sim, por favor, indicar o local.

Não

Sim

Em caso afirmativo

Experiências físicas e sexuais

**Esta
experiência
repetiu-se?**

**Quantas
vezes e em
que idade(s)
aprox. ?**

18. Alguém já o (a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade?

Se responder sim, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).

Não

Sim

19. Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o (a) obrigou a tocar nas dele (a), sob força ou ameaça?

Se responder sim, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai ou mãe, irmão).

Não

Sim

20. Além dos incidentes mencionados nas questões 18 e 19, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo (a) a ter contato sexual contra a

sua vontade?

Não **Sim** _____

21. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?

Não **Sim** _____

22. Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou desarmado e o (a) feriu gravemente?

Não **Sim** _____

23. Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?

Não **Sim** _____

24. Quando você era criança ou adolescente, alguém mais velho (a) do que você já lhe insultou, humilhou ou tentou fazer você se sentir culpado (a), de uma forma intensa e constante?

Não **Sim** _____

Outros eventos

Em caso afirmativo

**Esta
experiência
repetiu-se?** **Quantas
vezes e em
que idade(s)
aprox. ?**

25. Você já passou por alguma outra situação ou evento extraordinariamente traumáticos que não foram abordados nas questões acima?

Se responder sim, por favor, especificar.

Não **Sim** _____

ANEXO H

SCID-I PARA TEPT

() A – Evento traumático

F39 Algumas coisas que acontecem com as pessoas são extremamente perturbadoras - coisas como estar em uma situação ameaçadora à vida, como um desastre grave, acidente muito sério ou incêndio; ser fisicamente agredido ou violentado sexualmente, ver outra pessoa ser assassinada ou morrer, ser gravemente ferido, ou receber a notícia sobre algo terrível que aconteceu a alguém que é próximo a você. Alguma vez durante a sua vida, algo deste tipo aconteceu com você?

SE ALGUM EVENTO É CITADO: Às vezes essas coisas ficam voltando à cabeça em pesadelos, lampejos ou pensamentos que a pessoa não consegue se livrar. Isso já aconteceu com você?

SE NÃO: E quanto a ficar muito transtornado em uma situação que lhe lembrava uma dessas coisas terríveis?

F40 SE MAIS DE UM TRAUMA É RELATADO: Quais dessas situações você acha que mais lhe afetou?

F41 SE NÃO ESTIVER CLARO: Como você reagiu quando [TRAUMA] aconteceu? (Você ficou com muito medo ou se sentiu aterrorizado ou impotente?)

() B – Revivência (pelo menos um +)

Agora eu gostaria de perguntar sobre formas específicas de como isso possa ter afetado você.

Por exemplo...

F42 ...você pensava sobre [TRAUMA] quando você não queria ou pensamentos sobre [TRAUMA] vinham subitamente quando você não queria?

F43 ...e quanto a ter sonhos sobre [TRAUMA]?

F44 ...e quanto a agir ou sentir como se estivesse de volta na situação?

F45 ...e quanto a ficar muito transtornado quando alguma coisa lembra [TRAUMA]?

F46 ...e quanto a ter sintomas físicos - como ficar molhado de suor, respirar com dificuldade ou sentir o coração bater forte ou acelerado?

() C – Esquiva (pelo menos 3 +)

Desde [TRAUMA]...

F48 ...você fez um esforço especial para evitar pensar ou falar sobre o que aconteceu?

F49 ...você se afastou das coisas ou pessoas que lembravam do [TRAUMA]?

F50 ...você consegue recordar alguma parte importante do que aconteceu?

F51 ...você ficou muito menos interessado em fazer coisas que costumam ser importantes para você, como ver amigos, ler livros, ou assistir televisão?

F52...você se sentiu afastado ou distante dos outros?

F53 ...você se sentiu “entorpecido” ou como se fosse incapaz de ter sentimentos sobre qualquer coisa ou sentimentos de carinho por alguém?

F54 ...você observou uma mudança no jeito que você pensa ou nos planos para o futuro?

() D – hiperexcitabilidade (pelo menos 2 +)

Desde [TRAUMA]...

F56 ...você teve problemas de sono? (Que tipo de problema?)

F57 ...você tem estado incomumente irritável? E quanto a crises de raiva?

F58 ...você teve dificuldades de concentração?

F59 ...você fica alerta ou de guarda mesmo quando não há razão?

F60 ...você tem sobressaltados ou se assusta facilmente, com barulhos inesperados, por exemplo?

() E – Duração dos sintomas por pelo menos 1 mês

() F - A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo

ANEXO I

SCID-I PARA DEPRESSÃO

() A1 – humor deprimido

No mês passado...

...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?)

SE SIM: Quanto tempo isso durou? (Pelo menos 2 semanas?)

() A2 – perda de interesse e prazer

...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?

SE SIM: Isso era quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)

PARA PROCESSEGUIR PELO MENOS A1 OU A2 TEM DE SER +

() A3 - ...você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando emagrecer?)

SE NÃO: Como estava o seu apetite? (E em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comia (mais/menos) que o seu normal? Isso ocorria quase todos os dias?)

() A4 - ...como estava o seu sono? (Dificuldade em pegar no sono, despertar frequente, dificuldade em se manter dormindo, acordar cedo demais, OU dormir demais? Quantas horas por noite, comparado com o seu habitual? Isso ocorria quase todos os dias?)

() A5 - ...você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)

SE NÃO: E quanto ao contrário - falar ou mover-se mais lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)

() A6 - ...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)

() A7 - ...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)

SE NÃO: E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)

() A8 - ...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferia? Quase todos os dias?)

SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?

() A9 _ ...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?

SE SIM: Você fez alguma coisa para se matar?

() A10 – pelo menos 5 de A1 a A9 são +

ANEXO J

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para a Sra. _____
participar como sujeito da pesquisa: “PARTO TRAUMÁTICO E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO”. Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo.

A pesquisa tem como objetivo esclarecer com que frequência os partos traumáticos acontecem e qual a porcentagem de mulheres que viveram esta situação desenvolve o transtorno de estresse pós-traumático ou depressão. Ela será realizada durante os meses de maio a setembro de 2010, através de entrevistas com mulheres que tiveram parto recentemente. A pesquisa será conduzida pela médica pesquisadora, DRA. CARLA FONSECA ZAMBALDI, sob a orientação do Dr. EVERTON BOTELHO SOUGEY.

A sua participação inclui responder algumas perguntas ao entrevistador e responder alguns questionários. Caso seja verificado que você teve um parto traumático, você será novamente entrevistada após 6 semanas, por telefone. No estudo sua identidade será mantida em sigilo. O risco que a pesquisa apresenta para você é sentir-se angustiada por lembrar-se de situação traumáticas e os benefícios pela participação é passar por uma avaliação do seu estado emocional e ter tratamento garantido caso seja diagnosticado que você esteja com algum transtorno mental. Não haverá nenhuma forma de pagamento pela participação do estudo e caso você se recuse a participar sua vontade será respeitada.

Os resultados da pesquisa serão apresentados em julho de 2011 e deverão ser publicados e apresentados em eventos científicos. Ao termino da pesquisa você será comunicada quanto aos resultados.

Se a Sra. aceitar o convite para participar da pesquisa, por favor, preencha os espaços abaixo:

Eu, _____, RG _____, fui devidamente esclarecida do projeto de pesquisa acima citado e aceito o convite para participar.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2010

Assinatura do pesquisador responsável ou aluno de iniciação científica:

_____, RG _____.

Local e data: _____, _____ de _____ de 2010

Testemunhas

Telefone e endereço do pesquisador para contato, caso surjam dúvidas:

Carla Fonseca Zambaldi Tel. 88240291

Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento.
Departamento de Neuropsiquiatria /CCS Hospital das Clínicas bloco “A “- Térreo. Av Prof. Moraes Rego. s/n Cidade Universitária CEP. 50670-420 – Recife-PE. Fone/fax (81) 21268539

Telefone e endereço do Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFPE, caso surjam dúvidas:

Av. Prof. Moraes Rego S/N Prédio do CCS/UFPE 1º andar, Cidade Universitária – Recife, PE CEP 50670-901. Fone 2126-8588

ANEXO K



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Carla Fonseca Zambaldi**, doutoranda em Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário III da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Parto Traumático e Transtorno de Estresse Pós-Traumático**".

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum paciente será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 28 de outubro de 2009.

Carlos Sena

Diretor Geral de Gestão do Trabalho

Carlos Sena
Diretor Geral de Gestão
do Trabalho - DG
Mat. 70.000-1



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 010/2010 - CEP/CCS

Recife, 19 de janeiro de 2010

Registro do SISNEP FR – 295480

CAAE – 0320.0.172.000-09

Registro CEP/CCS/UFPE N.º 323/09

Título: Parto traumático e transtorno de estresse pós-traumático

Pesquisador Responsável: Carla Fonseca Zambaldi

Senhor(a) Pesquisador(a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epigrafe, liberando-o para início da coleta de dados em 19 de janeiro de 2010.

Ressaltamos que a aprovação definitiva do projeto será dada após a entrega do relatório final, conforme as seguintes orientações:

- a) Projetos com, no máximo, 06 (seis) meses para conclusão: o pesquisador deverá enviar apenas um relatório final;
- b) Projetos com períodos maiores de 06 (seis) meses: o pesquisador deverá enviar relatórios semestrais.

Dessa forma, o ofício de aprovação somente será entregue após a análise do relatório final.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A

Doutoranda Carla Fonseca Zambaldi

Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE

ANEXO L

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO DA COMUNICAÇÃO BREVE “Bio-soico-demographic factors associated with posttraumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women” NA ARCHIEVES OF WOMEN MENTAL HEALTH

Archives of Women's Mental Health (AWMH)

To Carla Zambaldi

From: **em.awmh.0.234a4c.326683bb@editorialmanager.com** on behalf of **Archives of Women's Mental Health (AWMH)** (jrogers13@cogeco.ca)

Sent: Thursday, May 26, 2011 3:50:34 PM

To: Carla Zambaldi (carlafza@hotmail.com)

CC: csoares@mcmaster.ca, mst@mcmaster.ca, jrogers13@cogeco.ca

Dear Dr. Zambaldi,

We are pleased to inform you that your manuscript, "Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women", has been accepted for publication in Archives of Women's Mental Health.

You will receive an e-mail from Springer in due course with regards to the following items:

1. Offprints
2. Colour figures
3. Open Choice
4. Transfer of Copyright

Please remember to quote the manuscript number, AWMH-10-314R2 , whenever inquiring about your manuscript.

With best regards,
Journals Editorial Office
Springer

ANEXO M

COMPROVANTE DE APROVEÇÃO DO ARTIGO ORIGINAL “Dissociative experience during childbirth” NO JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

19-Sep-2011

Dear Dr Zambaldi,

I am pleased to inform you that the Editors-in-Chief of the Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology decided to accept your manuscript “DISSOCIATIVE EXPERIENCE DURING CHILDBIRTH”(DPOG-2011-0031.R4) in its current form. The manuscript will now be forwarded to the publisher for copy editing and typesetting.

The forms for the copyright transfer have been attached. Production on your manuscript cannot begin without a signed copyright transfer agreement form. Please send the copyright transfer agreement form to:

Alexa Chamay Berrier
Production Editor, Journals
Informa Healthcare
Telephone House
69-77 Paul Street
London EC2A 4LQ
United Kingdom
Tel.: +44 (0)207 017 6957
Fax: +44 (0)207 017 6336
Email: alexa.chamay@informa.com

ANEXO N

COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO ORIGINAL “Traumatic childbirth and post-posttraumatic stress disorder and depression” NA REVISTA COMPREHENSIVE PSYCHIATRY

Comprehensive PSYCHIATRY

Contact us

Help ?



Username: carlafz

Role: Author

[home](#) | [main menu](#) | [submit paper](#) | [guide for authors](#) | [register](#) | [change details](#) | [log out](#)

Version: EES 2011

Submissions Being Processed for Author Carla Fonseca Zambaldi

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Display 10 results per page.

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
Action Links		TRAUMATIC CHILDBIRTH AND POST-POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER AND POSTPARTUM DEPRESSION	May 30, 2011	May 30, 2011	Submitted to Journal

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Display 10 results per page.