



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Tatiana Henriques Leite

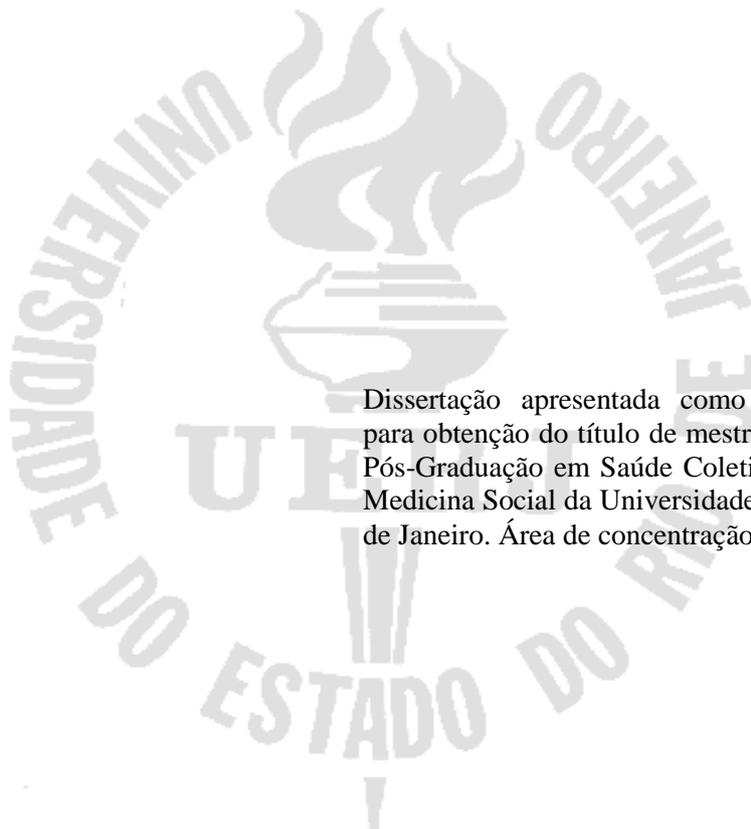
**Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático no período pós-parto entre mulheres atendidas em maternidade de referência para agravos perinatais no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2014

Tatiana Henriques Leite

**Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático no período pós-parto entre mulheres atendidas em maternidade de referência para agravos perinatais no município do Rio de Janeiro**



Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Claudia Leite de Moraes

Rio de Janeiro

2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

L533 Leite, Tatiana Henriques.  
Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático no período pós-parto entre mulheres atendidas em maternidade de referência para agravos perinatais no município do Rio de Janeiro / Tatiana Henriques Leite. – 2014.  
83 f.

Orientadora: Claudia Leite de Moraes.  
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Stress pós-traumático - Teses. 2. Parto (Obstetrícia) - Aspectos psicológicos – Teses. 3. Depressão pós-parto – Teses. I. Moraes, Cláudia Leite de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.7

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Tatiana Henriques Leite

**Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático no período pós-parto entre mulheres atendidas em maternidade de referência para agravos perinatais no município do Rio de Janeiro.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Epidemiologia.

Aprovada em 17 de fevereiro de 2014

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudia Leite Moraes (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Evandro Coutinho  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Gustavo Lobato  
Instituto Fernandes Figueira – FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Mauro Mendlowicz  
Instituto de Psiquiatria - UFF

Rio de Janeiro

2014

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo amor, incentivo emocional e por se orgulharem de mim e do meu trabalho em todas as etapas da minha vida. Além dos exemplos de determinação e sucesso que foram fundamentais na minha formação; e ao Nem, por ser o melhor irmão do mundo mantendo o meu computador “vivo” a qualquer hora e de qualquer lugar.

Ao Rodrigo, por ser compreensivo com a minha ausência, por tolerar e rir das minhas “loucuras”, e principalmente, por acreditar no meu sucesso em todos os momentos difíceis. Amo você!

A minha orientadora, Prof.<sup>a</sup> Claudia Leite de Moraes (a qual eu chamo secretamente de “Claudinha”) pela paciência, carinho e toda a dedicação nesses dois anos. Também ao Prof. Michael Eduardo Reichenheim que contribuiu com essa dissertação e com a minha formação em epidemiologia.

Ao pessoal do PIEVF pelo companheirismo, ajuda e acolhimento desde meu primeiro dia de IMS.

A toda a minha turma de mestrado (Epi 2012), professores e funcionários do IMS.

## RESUMO

HENRIQUES, Tatiana Leite. *Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático no período pós-parto entre mulheres atendidas em maternidade de referência para agravos perinatais no município do Rio de Janeiro*. 2013. 83 f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

O Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno mental que ocorre em resposta a um evento traumático que coloca em risco a vida do indivíduo ou de outras pessoas. O TEPT no período pós-parto foi documentado pela primeira vez em 1978. Porém, há poucos estudos sobre o tema, principalmente em gestantes de alto risco materno e fetal. Visando preencher essa lacuna, essa dissertação tem por objetivo estimar a magnitude de TEPT no período pós-parto em uma maternidade de alto risco fetal no município do Rio de Janeiro e identificar subgrupos vulneráveis ao transtorno. Trata-se de um estudo transversal, cuja população de estudo foi composta por 456 mulheres que tiveram o parto no Instituto Fernandes Figueira e realizaram a consulta de revisão pós-parto entre fevereiro e julho de 2011. Casos suspeitos de TEPT foram identificados por meio de dois instrumentos: *Trauma History Questionnaire (THQ)* utilizado para a captação de situações potencialmente traumáticas ao longo da vida e *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)* para rastreio de sintomas de TEPT. A prevalência agregada de TEPT no período pós-parto foi de 9,4%. Subgrupos considerados vulneráveis foram: mulheres com três ou mais partos anteriores (15,1%), com o recém-nascido com APGAR menor ou igual a 7 no primeiro minuto (13,6%), com histórico de psicopatologia anterior (29,0%) ou concomitante à gestação (36,7%), com depressão pós-parto (31,5%), mulheres que sofreram violência física (19,8%) e psicológica (11,6%) perpetrada por parceiro íntimo durante a gestação, mulheres que sofreram abuso sexual na infância (25,7%) e com histórico de 5 ou mais situações traumáticas anteriores (25,9%). A elevada prevalência de TEPT encontrada entre as mulheres entrevistadas pode ser, em parte, atribuída às particularidades da população assistida nessa instituição, de reconhecido risco materno e fetal. A alta prevalência de casos suspeitos de depressão pós-parto entre as mulheres com suspeição de TEPT é um fator de preocupação adicional, já que dificulta o manejo clínico dos casos e afasta a mulher e a criança dos serviços de saúde. TEPT no período pós-parto não é um evento raro e merece atenção. Rápido diagnóstico e tratamento são fundamentais para a melhor qualidade de vida da mãe tornando-a apta aos cuidados do recém-nascido.

**Palavras-chave:** Prevalência. Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT). Período pós-parto. Alto risco fetal.

## ABSTRACT

HENRIQUES, Tatiana Leite. *Prevalence of post-traumatic stress disorder in postpartum period among women with high risk fetal pregnancy in Rio de Janeiro*. 2013. 83 f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a mental disorder that occurs in response to a traumatic event which endangers the life of the individual or of other people. There are few studies on this topic, especially in pregnant women with high maternal and fetal risk. Thinking of filling this gap, this study aims at estimating the magnitude of PTSD postpartum period in a maternity with high fetal risk and identifying vulnerable subgroups. This is a cross-sectional study conducted at Instituto Fernandes Figueira (IFF), with 456 women who delivered at the IFF and were underwent postpartum review between February and July 2011. Suspected cases of PTSD were identified through two instruments: Trauma History Questionnaire used for capturing potentially lifelong traumatic situations and Post - Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilians in screening for PTSD symptoms. The aggregate prevalence of PTSD postpartum period was 9,4%. Groups were considered vulnerable: Women with three or more previous deliveries (18,9%), with the newborn with less or equal to 7 APGAR (13,6%) , with a history of previous (29,0%) or concurrent psychopathology pregnancy (36,7%), with postpartum depression (31,5%), woman who have suffered physical (19,8%) and psychological (11,6%) violence perpetrated by intimate partner during pregnancy, women who have experienced childhood sexual abuse (25,7%) and with a history of 5 or more previous traumatic situations (25,9%). The high prevalence of PTSD found among the interviewed women can be partly attributed to the particularities of the patients attended at this institution. The high prevalence of suspected postpartum depression among women with suspected PTSD cases is an additional point of concern, as it complicates the clinical management of cases and keeps the women and the children away from health services. The results indicate that the occurrence of PTSD in the postpartum period is not a rare event and deserves attention, as well as other mental health problems in the postpartum period. Quick diagnosis and treatment are key to better quality of life of the mother making it able to care of the newborn.

**Keywords:** Prevalence. Post traumatic stress disorder. Postpartum period. High fetal risk.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Prevalência de TEPT em subgrupos de acordo com o perfil socioeconômico, histórico reprodutivo e características da gestação atual da população estudada .....	42
<b>Tabela 2</b>	Prevalência de TEPT em subgrupos de acordo com a saúde da mulher e do recém-nascido. ....	44
<b>Tabela 3</b>	Prevalência de TEPT em subgrupos de acordo com a percepção e experiências maternas durante o ciclo grávido-puerperal.....	46
<b>Tabela 4</b>	Prevalência de TEPT em subgrupos de acordo com o relato de traumas sofrido ao longo da vida.....	48

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CTS 2	Revised Conflict Tactics Scales 2
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
DPP	Depressão Pós-Parto
<i>DSM III</i>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Third Edition
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Forth Edition
EPDS	Edinburg Post Natal Depression Scale
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IG	Idade gestacional
PCL-C	Post- Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian
TEPT	Transtorno do Estresse Pós-Traumático
THQ	Trauma History Questionnaire
VPI	Violência entre Parceiros Íntimos
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	11
1	<b>Saúde mental da mulher em idade fértil.....</b>	15
1.1	<b>Transtorno do estresse pós-traumático.....</b>	15
1.2	<b>Transtorno do estresse pós-traumático no período pós-parto.....</b>	17
2	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	20
3	<b>OBJETIVOS.....</b>	22
3.1	<b>Geral.....</b>	22
3.2	<b>Específico.....</b>	22
4	<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	23
4.1	<b>Desenho e local do estudo.....</b>	23
4.2	<b>População de estudo e critério de elegibilidade.....</b>	23
4.3	<b>Seleção dos participantes.....</b>	23
4.4	<b>Aspectos relacionados à coleta e processamento de dados.....</b>	24
4.5	<b>Operacionalização do estudo: variáveis, suas inter-relações e respectivos instrumentos de aferição.....</b>	25
4.5.1	<b><u>Inventário de traumas ao longo da vida.....</u></b>	25
4.5.2	<b><u>TEPT.....</u></b>	26
4.5.3	<b><u>Características sócio demográficas.....</u></b>	27
4.5.4	<b><u>Histórico reprodutivo e características da gestação atual.....</u></b>	28
4.5.5	<b><u>Saúde do recém-nascido e da mulher.....</u></b>	28
4.5.6	<b><u>Percepção e experiências maternas relacionadas ao ciclo grávido – puerperal.....</u></b>	29
4.6	<b>Análise estatística.....</b>	31
4.7	<b>Aspectos éticos.....</b>	31
5	<b>ARTIGO CIENTÍFICO.....</b>	33
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	60
	<b>REFERÊNCIA.....</b>	62
	<b>ANEXO A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	67
	<b>ANEXO B – Questionário.....</b>	68

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste estudo foi pensado a partir de um projeto de pesquisa intitulado “Prevalência e fatores associados à depressão e transtorno do estresse pós-traumático pós-parto”, desenvolvido em colaboração com pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ); do Programa de Investigação Epidemiológica em Violência Familiar, sediado no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PIEVF/IMS/UERJ); da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/FIOCRUZ); e do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ).

O estudo de fundo tem como objetos a saúde mental materna no período pós-parto, os desfechos perinatais e alguns aspectos psicossociais do casal. Seu objetivo precípuo é investigar a relação entre algumas condições, especialmente as malformações fetais e a morbimortalidade perinatal em relação à ocorrência de depressão e transtorno de stress pós-traumático no período pós-parto. A hipótese proposta é que essas condições assumem papel relevante no arcabouço causal desses distúrbios psiquiátricos no período puerperal. Esta pesquisa faz parte de um conjunto de subprojetos deste estudo de fundo, tendo como objetivo principal estimar a prevalência de TEPT e a identificação de subgrupos mais vulneráveis ao problema no período pós-parto.

Nos últimos anos, algumas iniciativas na área da saúde mental da mulher têm focalizado a ocorrência do TEPT no período pós-parto. O primeiro relato desse agravo nessa época da vida feminina parece datar de 1978 (Demierre & Gerstein, 1996), associando-o a experiências negativas vividas ao longo do parto e refletidas ao longo da gestação subsequente. Ainda que alguns estudos venham corroborando essa observação (Fones, 1996; Reynolds, 1997), a literatura sobre o tema é bastante incipiente. Nesse sentido, um avanço no conhecimento sobre o TEPT no período pós-parto tem sido recomendado, especialmente no que tange às suas particularidades teórico-conceituais; prevalência e comorbidades; e aspectos relacionados ao seu rastreamento, diagnóstico e tratamento (Ayers, et al., 2008). Para isso, essa dissertação está organizada em oito seções. A primeira (Introdução) apresenta uma revisão bibliográfica sobre o tema, abordando a saúde mental feminina em idade reprodutiva (1,1); o transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) (1.2) e, em seguida, uma abordagem mais específica sobre o TEPT no período pós-parto (1.3). A segunda seção apresenta as justificativas para realização do estudo e, em seguida, são apresentados o objetivo geral e

específicos (seção 3). Na quarta seção são descritos os métodos que foram utilizados para atingir os objetivos. Na quinta seção é apresentado o artigo científico, principal produto da dissertação. E ao final, constam as considerações finais (seção 6), as referências (seção 7) e os anexos (seção 8).

## 1 SAÚDE MENTAL DA MULHER

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde humana como um completo estado de bem-estar físico, mental e social, os quais são profundamente entrelaçados e interdependentes (WHO, 2001). Dessa forma, por definição, a saúde mental é tão importante quanto à saúde física e o bem estar social.

Infelizmente, apesar desta definição, a saúde e os transtornos mentais não são tão valorizados quanto à saúde física, sendo, muitas vezes, ignorados e negligenciados, fato que acontece ainda mais frequentemente em países de baixa e média renda (WHO, 2011). No Brasil, estima-se que os agravos mentais sejam responsáveis por 20,3% da carga total de doenças. Apesar disso, somente 2,4% do total de recursos econômicos investidos em saúde é destinado à prevenção e tratamento dessas enfermidades (WHO, 2011).

Entretanto, nos últimos anos, tem sido registrada na literatura uma preocupação crescente com o diagnóstico e a avaliação da saúde mental. Tal atitude deve-se principalmente às altas prevalências do problema. Transtornos mentais e comportamentais afetam mais de 25% da população no mundo, são universais e atingem pessoas de todas as idades. Cerca de 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais de saúde de atenção primária são diagnosticados com um ou mais transtornos mentais (WHO, 2001).

No Brasil, a maior parte da carga originada de transtornos neuropsiquiátricos se deve à depressão, às psicoses e aos transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool. Na *World Health Survey*, realizada em 2003 com métodos padronizados internacionalmente, 18,8% dos brasileiros relataram ter recebido um diagnóstico de depressão nos últimos 12 meses (WHO, 2003).

Diferenças entre gêneros são notáveis no que se refere à incidência, prevalência e curso de transtornos mentais e do comportamento. Mulheres apresentam maiores prevalências de transtornos depressivos, de ansiedade e somatomorfos do que homens. Estes, por sua vez, apresentam maiores prevalências de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade anti-social e esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade (WHO, 2009).

Pesquisas conduzidas em populações ocidentais têm mostrado que as prevalências de transtornos mentais não psicóticos variam de 7 a 26%, com média de 17% (12,5% em homens e 20% em mulheres). Outro achado importante é que os quadros depressivos têm representado o terceiro problema de saúde em mulheres nos países desenvolvidos e o quinto em países em

desenvolvimento. No Brasil, 25% das mulheres relataram ter recebido diagnóstico de depressão nos últimos 12 meses, enquanto que 12,3% dos homens fizeram esta referência (WHO, 2003).

De acordo com a literatura sobre o assunto, não há certeza sobre os motivos das mulheres serem mais vulneráveis aos transtornos mentais não psicóticos do que os homens. Porém, muitas razões para a maior prevalência dessas doenças entre mulheres têm sido propostas. Fatores biológicos, psicológicos e sociais parecem agir de forma gradativa e constante podendo aumentar, deste modo, a probabilidade de se desenvolver algum desses agravos ao longo da vida (Piccinelli & Wilkinson, 2000; Moré & Carswell, 2012).

Na mulher, o fator biológico é de extrema importância. Com a evolução da psiquiatria clínica, as diversas fases do ciclo reprodutivo feminino (ciclo menstrual, gravidez, puerpério e menopausa) passaram a ser vistas, potencialmente, como fatores geradores de estresse ou de maior vulnerabilidade para transtornos mentais de humor e comportamentais (Chesler, 1984; Tuono, et al., 2007). Argumentos relacionados ao papel feminino e sua inserção social também vêm sendo discutidos como possíveis participantes no processo de adoecimento mental. Algumas pesquisas apontam que mulheres economicamente ativas são mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns em consequência da dupla/tripla jornada de trabalho (Ludermir, 2000; Patel, et al., 2006).

Somado a isso, as mulheres estão mais expostas a diferentes estressores, tanto psicológicos como físicos, incluindo violências de diferentes naturezas, a partir de uma idade precoce, do que os homens. E esses eventos estressantes podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais como a depressão e o transtorno do estresse pós-traumático (Steiner, 2005)

A gestação e principalmente o puerpério são períodos da vida que precisam ser avaliados com especial atenção. O período pós-natal, é considerado por alguns pesquisadores, a fase da vida da mulher na qual ela se encontra mais vulnerável ao aparecimento de transtornos psiquiátricos (Kendell, et al., 1987). Esta maior vulnerabilidade parece estar associada às diversas alterações do ponto de vista biológico, psicológico e social que a mulher passa ao longo desse período.

As alterações biológicas se referem principalmente às mudanças no nível dos hormônios gonadais, nos níveis de ocitocinas e no eixo hipotálamo – hipófise – adrenal que estão relacionados ao sistema neurotransmissor e por consequência à mudanças de humor (Glover, 1992). Além das alterações biológicas, o período puerperal é marcado por mudanças psicológicas e sociais importantes na vida da mulher, tais como: aumento da responsabilidade

por se tornar responsável e referência para outra pessoa ainda indefesa, reestruturação da sexualidade e da imagem corporal, a necessidade de reorganização social, adaptação ao novo papel, privação do sono e isolamento social (Cavalcanti, 2001).

Assim sendo, o período puerperal acaba por formar uma situação propícia para o desenvolvimento de transtornos mentais característicos desse período como, por exemplo: a disforia puerperal, depressão pós-parto e psicose pós-parto e todo o conjunto de transtornos ansiosos incluindo o transtorno do estresse pós-traumático no período pós-parto (Camacho, et al., 2006; Ross & McLean, 2006; Cantilino, et al., 2010).

### 1.1 Transtorno do estresse pós-traumático

A investigação sistemática sobre estresse pós-traumático foi uma consequência das aplicações da Revolução Industrial na área dos transportes. Foi iniciado em 1866 com a obra de um cirurgião inglês, Sir Jonh Erichsen , que estudou as consequências psicológicas dos acidentes de ferroviários em operários de fabricas. Nessa ocasião, o termo utilizado para descrever os sintomas de TEPT foi “choque espinhal”. Posteriormente, em 1890, Oppenheimer foi o primeiro a utilizar o termo “*Traumatic Neurosis*”. Nas primeiras décadas de 1900 foram também descritos sintomas de TEPT entre veteranos da guerra russo-japonesa assim como em sobreviventes de desastres navais e terremotos (Berrios, 1996). O estudo das consequências dos danos psicológicos após eventos traumáticos ganhou força após a Primeira e Segunda Guerra Mundiais quando foram observados sintomas semelhantes entre combatentes de guerra e sobreviventes de campo de concentração. Termos como “choque pós-guerra”, “fadiga do combatente” e “neurose de guerra” foram utilizados e serviram para capturar inicialmente a essência do que hoje é conhecido como Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Keane, et al., 2006). Posteriormente, em 1974, Ann Burgess observou o impacto psicológico do estupro em mulheres e o associou com os sintomas de sobreviventes de guerras e de campo de concentração, surgindo, então, o diagnóstico de TEPT (Burgess & Holmstrom, 1974).

TEPT foi ganhando status oficial pela primeira vez no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - third edition (DSM-III)*. Em princípio, a definição de evento traumático foi restrita a experiências traumáticas fora do comum (APA, 1980). Posteriormente, em 1994, com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- fourth edition (DSM-IV)*, a definição de evento traumático foi modificada (APA, 1994) e passou a enfatizar a percepção

individual, do quanto um determinado trauma foi ameaçador e aterrorizante para aquele indivíduo.

A participação em guerras, ataque terrorista, desastres naturais ou provocados pelo homem, história de abuso sexual e morte inesperada de pessoas próximas são os eventos traumáticos mais frequentemente relacionados ao TEPT. Ainda assim, sabe-se que somente uma pequena minoria de vítimas de situações traumáticas desenvolve essa condição. Estima-se que a prevalência de TEPT ao longo da vida seja entre 6,8 a 7,8%, com uma clara distinção entre os sexos, variando entre 3,6 e 5% entre os homens e de 9,7 a 10,4% entre as mulheres (Kessler, et al., 2005; Keane, et al., 2006).

A definição de TEPT segundo o *DSM-IV-TR* é baseada em seis critérios diagnósticos necessariamente presentes (APA, 2000) São eles:

Critério A - Exposição a um evento traumático no qual os seguintes quesitos estiveram presentes: (1) a pessoa vivenciou, testemunhou ou foi confrontada com um ou mais eventos que envolveram morte ou grave ferimento, reais ou ameaçados, próprio ou de outros; (2) a resposta da pessoa envolveu medo intenso, 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 revivescência 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 reatividade geral (não presente antes do trauma), 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 (p. ex., incapacidade de ter sentimentos de carinho);

(7) sentimento de um futuro abreviado (p. 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 um 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.

## **1.2 Transtorno do estresse pós-traumático no período pós-parto**

Em 1978, Bydlowski e Raoul-Duval documentaram pela primeira vez um caso de ocorrência de TEPT em consequência de um trabalho de parto traumático (Bydlowski & Raoul-Duval, 1978). Tal situação passa, então, a ser intitulada como TEPT pós-parto. Segundo Beck e colaboradores, o trabalho de parto traumático é um constructo cuja definição se baseia na ocorrência de um evento durante o parto ou nascimento que envolva morte ou ferimento, real ou em ameaça, da mãe, do feto ou do recém-nascido (Beck, 2004a). Segundo alguns autores, a incidência de TEPT por questões relacionadas ao parto varia entre 1-2% (Creedy, et al., 2000; Ayers & Pickering, 2001). Os principais fatores de risco relacionados ao problema são: medo materno ao parto (Fairbrother & Woody, 2007), insatisfação com o cuidado recebido pela equipe de saúde durante o parto (Cigoli, et al., 2006), falta de informação materna quanto aos procedimentos realizados pela equipe de saúde durante o trabalho de parto (Lev-Wiesel & Daphna-Tekoah, 2010), sensação de perda de controle ou dissociação durante o trabalho de parto (Nicholls & Ayers, 2007; Lev-Wiesel & Daphna-Tekoah, 2010), parto prematuro e histórico de problemas psiquiátricos durante a gravidez (Adewuya, et al., 2006). Além disso, situações em que ocorrem complicações neonatais também são fortemente sustentadas pela literatura como fatores de risco para TEPT pós-parto, tais como: Baixo peso ao nascer (Kersting, et al., 2004; Ahlund, et al., 2009), asfixia fetal (Andersen, et al., 2012), malformação do recém-nascido (Nagata, et al., 2008), internação em

UTI neonatal (Vanderbilt, et al., 2009; Lefkowitz, et al., 2010) e recém-nascido natimorto (Turton, et al., 2001).

Todavia, não há um consenso de que o TEPT no período pós-parto seja causado exclusivamente por traumas relacionados ao parto. Alguns pesquisadores sugerem que pelo fato do período puerperal ser uma fase da vida que traz grande vulnerabilidade a transtornos psicológicos de modo geral (Kendell, et al., 1987), a mulher possa reviver traumas passados e desenvolver o transtorno (Ayers, et al., 2008). Também é possível supor que o período puerperal seja propício à recidiva de TEPT pré-existente ou continuação do TEPT adquirido durante a gravidez (Turton, et al., 2001; Ayers, et al., 2008). Devido a essa divergência etiológica, Ayers e colaboradores sugeriram utilizar o termo “*Post traumatic stress disorder after childbirth*” para se referir ao TEPT que ocorre no período pós-parto, independentemente do momento de ocorrência e do tipo de trauma gerador do transtorno (Ayers, et al., 2008). Considerando este conceito mais abrangente, outros fatores de risco, tais como, histórico psiquiátrico próprio e familiar, acúmulo de situações traumáticas ao longo da vida, traumas ocorridos durante a infância e o grau de severidade dos traumas passam a fazer parte do rol de fatores de risco para o problema (Brewin, et al., 2000; Adewuya, et al., 2006; Breslau, et al., 2013; Schoedl, et al., 2013).

Outro fator importante que parece contribuir para o desenvolvimento de TEPT no período pós-parto é vivência de violência entre parceiros íntimos (VPI) durante a gravidez. Em uma metanálise na qual se objetivou estabelecer a relação causal entre VPI e doenças mentais em mulheres, foram utilizados 56 estudos abarcando a presença de depressão, tentativa de suicídio, TEPT e abuso de álcool. Destes, 11 estudos eram específicos sobre TEPT e chegou-se ao resultado que a prevalência média de TEPT entre essas mulheres foi de 63,8%, variando entre 31% a 84,4% (Golding, 1999)

A prevalência de TEPT no período do pós-parto parece variar entre 1-7% em mulheres com gravidezes normais e que deram à luz a recém-nascidos vivos (Andersen, et al., 2012). Os valores variam dependendo do grupo populacional estudado, bem como de diferenças metodológicas entre os estudos, tais como a utilização de diferentes definições, períodos pós-parto estudado, critérios diagnósticos e instrumentos de aferição utilizados.

Até o momento, um único estudo sobre TEPT no período pós-parto foi realizado no Brasil. Trata-se de um estudo transversal realizado com 400 mulheres na cidade de Recife (PE), no ano de 2009. A população de estudo consistiu em mulheres entre a segunda e a vigésima sexta semana de pós-parto que faziam o acompanhamento regular da criança no serviço de pediatria de três hospitais, dois públicos e um privado. Segundo o autor, a

prevalência de TEPT nessa população foi de 5,3% (IC 95%: 3,3; 7,9). Mulheres com baixo poder aquisitivo, com doenças somáticas, com histórico pessoal e familiar de doenças psiquiátricas e com recém-nascidos com complicações pediátricas foram identificadas como subgrupos mais vulneráveis ao problema (Zambaldi, et al., 2011).

Em termos da evolução clínica e das consequências do problema na saúde materno-infantil, o TEPT parece ter um curso crônico entre as mulheres. Um estudo longitudinal acompanhou por cinco anos 199 pessoas com TEPT e revelou que a duração média dos sintomas em mulheres é de aproximadamente 48 meses, muito superior à média de 12 meses de duração encontrada entre homens. Há evidências que a remissão dos sintomas também seja mais provável em homens do que em mulheres (Perez Benitez, et al., 2012). Se não for tratado, o TEPT pode se tornar crônico, incapacitante, levando ao prejuízo funcional e afetando os relacionamentos familiares e sociais (Beck, 2004b; Zlotnick, et al., 2004).

O TEPT no período puerperal tem consequências importantes tanto na saúde materna quanto na saúde do recém-nascido. Em termos de sua saúde reprodutiva, a mulher pode se julgar inadequada e incapaz para a gravidez, o parto e a maternidade (Creedy, et al., 2000). A mulher pode passar a não desejar mais engravidar (Bailhan & Joseph, 2003), ou mudar a decisão da via de parto do próximo filho, passando a querer ser submetida a uma cesariana, se o parto anterior tiver sido vaginal, (Gardner, 2003). Além disso, casos de tocofobia secundária (medo patológico de uma nova gravidez ou parto provocado por traumas relacionado a gestações anteriores) já foram descritos (Hofberg & Ward, 2003). Mulheres com TEPT também são mais vulneráveis ao desenvolvimento de outros agravos mentais, como a depressão pós-parto, por exemplo. Algumas mulheres também relataram efeitos negativos em seu relacionamento com o parceiro, incluindo disfunção sexual, desentendimentos e sentimento de culpa.

O TEPT no período pós-parto é ainda peculiar no que se refere às consequências diretas do transtorno da mãe na saúde do recém-nascido. Mulheres com TEPT no período pós-parto relataram sentimentos iniciais de rejeição e pouca interação com o bebê, o que pode levar a dificuldades no aleitamento materno. Em casos mais graves, a mãe pode cometer negligência e violência contra o recém-nascido e seus irmãos, tornando-se muitas vezes inapta aos cuidados de seus filhos (Ayers, et al., 2006; Beck & Watson, 2008).

Além das consequências individuais e familiares, o TEPT também traz prejuízos para a sociedade. Mulheres com TEPT utilizam mais os serviços de saúde devido aos sintomas e comorbidade com outros agravos mentais e estão mais sujeitas a incapacidade laboral e antecipação da aposentadoria (Born, et al., 2005; Andersen, et al., 2012).

A detecção precoce do TEPT e o seu respectivo tratamento são fundamentais para evitar a cronicidade do transtorno, evitar o aparecimento de outros agravos mentais (transtornos depressivos maior, abuso e dependência de álcool e transtornos de ansiedade generalizada) (Born, et al., 2005), diminuir o sofrimento psíquico da mulher e melhorar a relação materna com seu parceiro e sua prole.

Apesar da importância da detecção precoce do problema, vários estudos sugerem que este esteja sendo subdiagnosticado, assim como ocorre com outros agravos de saúde mental (Bailhan & Joseph, 2003; Lapp, et al., 2010; Andersen, et al., 2012). Além da pouca sensibilização para o diagnóstico e encaminhamento das pacientes, os profissionais de saúde também são pouco preparados ao manejo dessas pacientes. A parca rede de assistência psicossocial disponível também colabora para que estes casos passem despercebidos pelos serviços ou sejam medicalizados com opções terapêuticas longe das ideais (Zohar, et al., 2008).

## 2 JUSTIFICATIVA

A pertinência do presente estudo baseia-se, fundamentalmente, na importância hoje assumida pelos agravos à saúde mental na agenda da saúde pública mundial (WHO, 2001). É crescente a literatura que identifica os agravos psicológicos como importantes causas de morbimortalidade para a saúde da mulher, particularmente para aquelas que atravessam o período grávido-puerperal. Doenças relacionadas à saúde mental pós-parto têm sido rotineiramente negligenciadas, principalmente em países pobres ou em desenvolvimento, o que reforça a necessidade de novas pesquisas na área, assim como disponibilidade de serviços (WHO, 2009).

Além disso, casos de TEPT em mulheres no período puerperal costumam ser mais frequentes em gestantes de alto risco fetal (DeMier, et al., 1996), caso particular desse estudo, já que o hospital que sediou a pesquisa é um hospital de referência para casos de malformação congênita e outras agravos fetais. Desta forma, espera-se que a prevalência do problema nesta clientela atinja os patamares mais elevados das estatísticas internacionais, tornando-se um problema a ser enfrentado pelos profissionais de saúde que assistem gestantes com essas condições. A opção por uma maternidade com este perfil se justifica porque, apesar deste tipo

de instituição, reunir mulheres com diferentes fatores de risco maternos e fetais para TEPT, não se conhece a magnitude do problema nestas clientelas, o que dificulta um planejamento efetivo de ações voltadas à detecção precoce e ao tratamento do problema, visando reduzir o impacto do mesmo na qualidade de vida da mulher e do recém-nascido.

Como apontado anteriormente, as consequências do TEPT causam prejuízo não só para a mulher, mas também para toda família. Mulheres com TEPT no período pós-parto são mais vulneráveis ao desenvolvimento de outros agravos mentais (Cantilino, et al., 2010), possuem dificuldade de relacionamento com seus parceiros, dificuldades em estabelecer vínculo com o filho recém-nascido assim como, problemas com a amamentação (Beck & Watson, 2008). Em casos graves, essas mulheres podem negligenciar seus filhos, assim como cometer atos de violência contra suas crianças.

Apesar da relevância do problema em função de suas graves consequências, há apenas um estudo prévio sobre o tema no Brasil e este contemplou apenas as mães de crianças em acompanhamento no setor de pediatria de hospitais gerais, deixando de fora as mulheres que por qualquer motivo não estejam frequentando regularmente os serviços de saúde para o cuidado com o recém-nascido. Tal perfil de clientela também é comum em estudos internacionais que em geral excluem mulheres que tenham tido gestações de alto risco materno e/ou fetal, assim como mulheres que deram à luz a bebês neomortos ou natimortos (Slade, 2006; Andersen, et al., 2012).

Ademais, considerando as dificuldades dos profissionais de saúde que prestam atendimento às gestantes e às mulheres no puerpério para a suspeição e detecção de agravos da saúde mental, a identificação de subgrupos vulneráveis para TEPT no período pós-parto poderia ser muito útil a estes profissionais, facilitando o diagnóstico e a intervenção precoces visando à redução de danos. Certamente, a oferta de tratamento para TEPT pode contribuir para diminuir o sofrimento psicológico e melhorar a qualidade de vida da mulher, possibilitando também um adequado cuidado com a criança.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.2 Geral

Estimar a magnitude do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em uma unidade de atenção perinatal terciária, especializada em gestantes com alto risco fetal, na cidade do Rio de Janeiro e identificar subgrupos mais vulneráveis ao problema.

#### 3.3 Específico

- Estimar a prevalência agregada de TEPT no período pós-parto;
- Estimar a prevalência de TEPT em subgrupos, de acordo com certos fatores de risco para o transtorno.

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

### 4.1 Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, realizado no Ambulatório de Pós-Natal do Instituto Fernandes Figueira (IFF) – FIOCRUZ. Neste local, foram realizadas as consultas pré e pós-natais das pacientes assistidas na instituição. O setor dispõe de cinco salas para atendimento clínico, uma sala de reunião para a equipe médica e um espaço voltado as atividades administrativas, caracterizando uma estrutura física adequada para o desenvolvimento do projeto.

### 4.2 População de estudo e critério de elegibilidade

O ambulatório de pré-natal do IFF atende mulheres grávidas com gestação de alto risco fetal. Desta forma, de modo geral, as gestantes encaminhadas ao serviço possuem uma ou mais das seguintes indicações clínicas: doença hemolítica perinatal, malformação fetal, alterações no volume do líquido amniótico, crescimento uterino restrito, doenças genéticas, gestantes adolescentes, gestantes com mais de 35 anos de idade e gestantes soropositivas.

A população de estudo foi composta por todas as mulheres que tiveram o parto no IFF e realizaram a consulta de revisão pós-parto entre o período de 8 de fevereiro e 10 de julho de 2011, não havendo, em princípio, critérios de exclusão definidos.

### 4.3 Seleção dos participantes

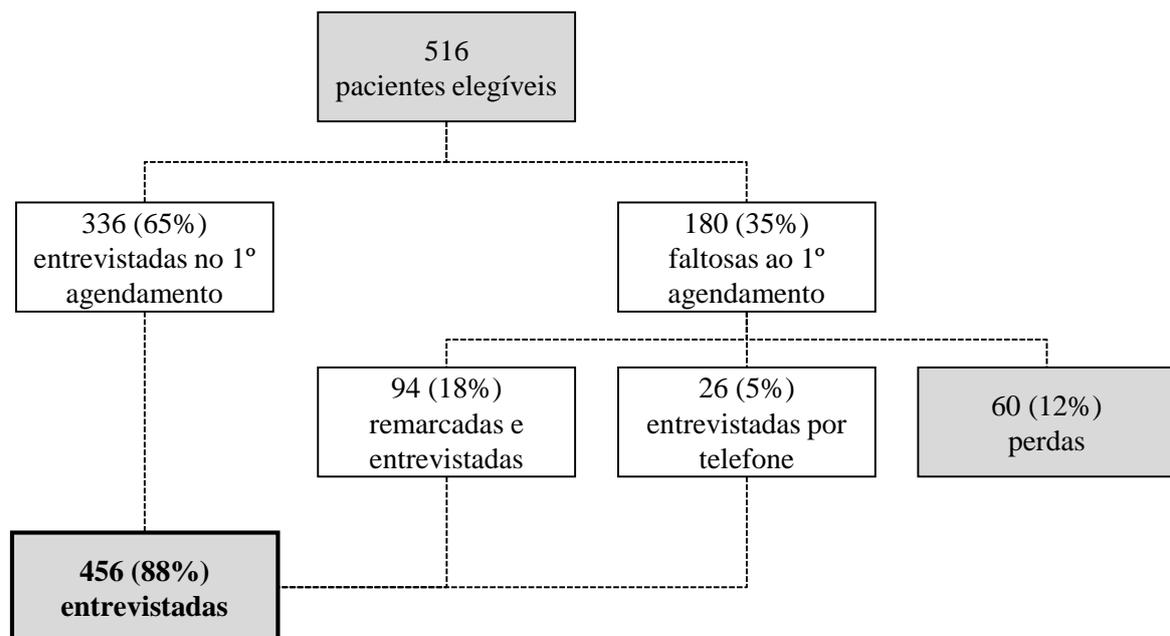
Para a realização da entrevista utilizou-se a consulta rotineira para revisão pós-parto. Além das mulheres que compareceram espontaneamente a essa consulta, foi realizada também uma busca ativa de todas as mulheres que tiveram o parto na instituição e não haviam comparecido à consulta puerperal. Esta estratégia visou contornar um possível viés de seleção decorrente da ausência de mulheres com TEPT, que tendem ao isolamento social acarretado pelo próprio transtorno ou que procuram outros locais para serem atendidas.

Inicialmente as pacientes foram contatadas por telefone para confirmar a consulta, quando então foi reiterada sua importância; caso a paciente tivesse alegado algum

impedimento para o comparecimento, uma data compatível com sua disponibilidade era oferecida. Para as situações em que as puérperas não compareciam, um contato telefônico era feito e uma nova data definida. Na eventualidade de ter havido uma nova ausência, outro contato telefônico era realizado na tentativa de agendar outra data para a consulta. Quando a mulher se mostrava indisponível para a ida à maternidade, a entrevista era realizada por telefone.

Durante os cinco meses de duração do estudo, foram agendadas 532 mulheres para a consulta pós-natal. Destas, 16 não eram elegíveis porque não tiveram seus partos na instituição, resultando em 516 mulheres elegíveis. Houve uma perda de 60 mulheres (12%), resultando na entrevista de 456 pacientes (figura 1).

**Figura 1 - Fluxograma das pacientes que tiveram seu parto no ambulatório Pós-Natal do IFF**



#### 4.4 Aspectos relacionados à coleta e processamento de dados

Todas as informações foram coletadas em uma única entrevista, usando-se um questionário padronizado (Anexo 8.2). As entrevistas foram realizadas por 10 profissionais da área de saúde e do Departamento de Obstetrícia do IFF, todas do sexo feminino, durante consulta rotineira para revisão pós-parto, realizada preferencialmente entre 6ª e 8ª semana pós-natal. As entrevistadoras realizaram um treinamento de 16 horas para a participação na

pesquisa, e todo o trabalho de campo foi supervisionado pela coordenadora do trabalho de campo<sup>1</sup>. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado e sem a presença do companheiro ou familiares, assim evitando um possível constrangimento materno com relação a alguma das questões abordadas na pesquisa.

Uma vez preenchidos, os questionários foram avaliados e codificados pela referida coordenadora de campo e por um dos coordenadores gerais do Projeto<sup>2</sup>.

O armazenamento dos dados foi realizado no programa EpiInfo 6.04. Cada variável teve seus valores apreciados, assim como o perfil dos dados ausentes. Desvios não esperados de valores foram detectados através da comparação entre os valores dos pares de variáveis e do exame da distribuição de cada variável. A limpeza dos dados incluiu a consulta dos questionários originais e correção dos erros de digitação.

#### **4.5 Operacionalização do estudo: variáveis, suas inter-relações e respectivos instrumentos de aferição.**

##### **4.5.1 Inventário de traumas ao longo da vida**

A investigação sobre a ocorrência de eventos traumáticos prévios foi realizada utilizando-se o instrumento “Trauma History Questionnaire (THQ)”, previamente adaptado para uso no Brasil (Fizman, et al., 2005). Esse instrumento foi desenvolvido para medir a história de exposição a eventos considerados potencialmente traumáticos ao longo da vida (Hooper, et al., 2011).

O THQ é uma escala constituída por 25 perguntas que abordam uma série de eventos traumáticos pré-definidos (assaltos, desastre, abuso sexual entre outros). Além destas, há uma pergunta adicional (THQ 26) aonde pode ser especificada qualquer experiência traumática não listada inicialmente. Para cada item o indivíduo indica se vivenciou ou não aquela situação e, em caso afirmativo, a intensidade do trauma variando de 1 a 5, (1) Nada; (2) Um pouco; (3) Médio; (4) Bastante; (5) Muito; e a idade aproximada em que o mesmo ocorreu.

A operacionalização do THQ foi feita da seguinte forma: na questão 26 do THQ (questão aberta) a mulher poderia indicar qualquer outra situação traumática que tenha vivenciado ao longo de sua vida não prevista nas questões anteriores de 1 a 25.

---

<sup>1</sup> Maria Alice Cortez Brunner (Obstetra e mestre do IFF-FIOCRUZ)

<sup>2</sup> Gustavo Lobato de Azevedo (pesquisador do IFF-FIOCRUZ)

Algumas mulheres responderam essa questão e referenciaram situações traumáticas que tinham sido abordadas nas questões de 1 a 25 do THQ. Sendo assim, esses casos foram redistribuídos para a questão do THQ correspondente, juntamente com a idade e a intensidade em que o evento ocorreu. Para os casos em que a questão correspondente do THQ já havia sido marcada, foi mantido o trauma mais antigo e a intensidade mais elevada, nessa ordem; Para as mulheres que referenciaram nessa questão situações traumáticas não compatíveis com o critério A1 do DSM-IV-TR (vivenciar, testemunhar ou ser confrontada com um ou mais eventos que envolvam morte ou grave ferimento; reais ou ameaçados; próprio ou de outros) a resposta foi desconsiderada (APA, 2000).

Em seguida, as perguntas do *THQ* foram divididas em oito categorias de traumas, baseada na proposta de Luz e colaboradores : Violência comunitária (*THQ* 1 - 4), desastres naturais ou provocados pelo homem (*THQ* 6-7), ferimentos graves (próprio ou outras pessoas; *THQ* 5; 8 - 11), exposição à cadáveres ou corpos mutilados (*THQ* 12), morte de parentes e amigos (*THQ* 13, 14 e 16), doença grave (próprio - *THQ* 15), Violência sexual (*THQ*18 – 20) e violência perpetrada por familiar ou pessoas próximas (perpetrada por qualquer membro da família ou pessoas próximas no convívio diário; *THQ* 21 – 25) (Luz, et al., 2011).

#### 4.5.2 TEPT

Para realizar a coleta de dados referente aos sintomas de TEPT foi utilizado o instrumento “*Post-Traumatic Stress Disorder Checklist*” (*PCL-C*). Esse instrumento foi desenvolvido em 1993 por Weathers, Litz, Huska e Keane, do *National Center for PTSD* (EUA) e possui três versões: a *PCLC-M*, especificamente desenvolvida para a avaliação das consequências de experiências militares; a *PCL-S*, utilizada para avaliação de sintomas de TEPT em relação a uma experiência traumática específica/conhecida e a *PCL-C*, desenvolvida para a população civil, que avalia as consequências de diversos tipos de experiências traumáticas. Esta última foi a versão utilizada neste estudo (Berger et al.,2004).

A *PCL-C* foi escolhida por ser um instrumento para rastreamento de TEPT amplamente utilizado em diversos estudos envolvendo mulheres (Cordova, et al., 1995; Stein, et al., 2000; Smith, et al., 2002) e por possuir uma adaptação transcultural para o Brasil (Berger, et al., 2004).

A *PCL-C* é composta por 17 itens. Os primeiros cinco itens referem-se ao sintoma “revivescências” (critério B), os sete itens seguintes referem-se ao “comportamento

evitativo/entorpecimento emocional” (critério C), e os últimos cinco itens são referentes à “hiperexcitabilidade” (critério D) (Passos, et al., 2012). Para seu preenchimento, a paciente deve falar o quanto tem sido perturbada no último mês pelos sintomas descritos, utilizando uma escala de gravidade que varia de 1 a 5, (1) Nada; (2) Um pouco; (3) Médio; (4) Bastante; (5) Muito (Passos, et al., 2012). Um sintoma é considerado clinicamente significativo quando o indivíduo pontua 3 ou mais no item. Para considerar o resultado da *PCL-C* positivo a mulher deve apresentar um sintoma clinicamente significativo do critério B, três sintomas clinicamente significativos do critério C e dois do critério D (Berger, et al., 2004).

Para o cálculo de prevalência de casos suspeitos de TEPT, utilizou-se o método que ancora os resultados dos indivíduos no instrumento *PCL-C* ao relato de pelo menos uma situação traumática ao longo da vida de grande intensidade de acordo com o *THQ*. Dessa forma, para ser considerada um caso suspeito de TEPT a mulher deve ter vivenciado no mínimo uma situação traumática com intensidade 4 (bastante) ou 5 (muito) e ser positiva na *PCL-C*. A opção pelo método que exige a presença de trauma anterior se justifica por ser este ser mais fidedigno à definição de TEPT baseada no *DSM - IV*.

#### 4.5.3 Características sócio demográficas

- Idade materna – Caracterizada pela idade (anos) da mãe na data da entrevista. A variável foi estratificada em 3 faixas etárias: menores de 20 anos; entre 20-35anos; 36 ou mais.
- Cor da pele – Cor da pele com a qual a mãe se identifica. Foram utilizadas três categorias: Branca; negra; parda/mulata/morena/cabocla.
- Escolaridade materna – Variável categorizada em: Ensino médio incompleto ou menos; Ensino médio completo ou mais.
- Situação conjugal – Variável categorizada em: mulheres que viveram com o mesmo parceiro ao longo de toda gestação e período pós-parto, sendo este companheiro o pai da criança referente à gestação índice; outras situações.

#### 4.5.4 Histórico reprodutivo e características da gestação atual

- Histórico de natimorto prévio – variável dicotômica (sim; não) caracterizada pelo relato materno sobre histórico de natimorto em gestações passadas, não incluindo a gestação índice.
- Histórico de neomorto prévio – variável dicotômica (sim; não) caracterizada pelo relato materno sobre histórico de neomorto em gestações passadas, não incluindo a gestação índice.
- Partos anteriores – refere-se ao número de partos prévios relatados pela mãe incluindo o parto referente à gestação índice (um ou dois/3 ou mais).
- Desejo de engravidar quando soube que estava grávida– variável dicotômica (sim; não).
- Via de parto – Refere-se ao modo com que o parto aconteceu. Foi categorizada em: vaginal; cesariana (programada ou de emergência).
- Idade gestacional – Foi especificada em número de semanas. Foi categorizada em: 37 semanas ou mais (a termo); menos de 37 semanas (pré-termo).

#### 4.5.5 Saúde do recém-nascido e da mulher

- Desfecho perinatal - Caracteriza o desfecho da gestação no que diz respeito ao recém-nascido classificado como: nascido vivo; natimorto; neomorto.
- Peso ao nascimento - Refere-se ao peso de nascimento em gramas. Foi categorizada em: maior ou igual a 2500 gramas; entre 1500 e 2499 gramas; menor que 1500 gramas.
- APGAR no 1º minuto – Refere – se ao APGAR do recém-nascido no primeiro minuto de vida. Foi categorizado em: menor ou igual a 7; maior que 7.
- Crescimento intra-uterino restrito (CIUR) – variável dicotômica (sim; não).
- Malformação congênita – Variável dicotômica (sim; não) caracterizada pela presença de malformação fetal detectada ao nascimento.
- Internação na UTI neonatal – Variável dicotômica (sim; não) caracterizada pela necessidade de internação do recém-nascido na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTI).

- Psicopatologia anterior à gestação – Variável dicotômica (sim; não) caracterizada pelo relato da entrevistada acerca de diagnósticos médicos de alguma psicopatologia anterior a gestação.

- Psicopatologia durante a gestação – Variável dicotômica (sim; não) caracterizada pelo relato da entrevistada acerca de diagnósticos médicos de alguma psicopatologia durante a gestação.

- Depressão pós-parto

A investigação sobre a ocorrência de depressão pós-parto (DPP) foi realizada utilizando-se o instrumento Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), previamente adaptado para uso no Brasil (Santos, et al., 1999). A *EPDS* é composta por dez itens. Suas opções de resposta variam entre 0 e 3, conforme a presença e a intensidade do sintoma. Consequentemente a escala pode ter um escore que vai de 0 a 30. Os autores responsáveis pela adaptação transcultural no Brasil sugeriram que o ponto de corte 11/12 seria o mais adequado ao contexto brasileiro, com sensibilidade de 72%, especificidade de 88%, valor preditivo positivo de 78%, valor preditivo negativo de 85% e acurácia de 83% (Santos, et al., 1999). Dessa forma, o ponto de corte sugerido foi utilizado nessa pesquisa.

#### 4.5.6 Percepção e experiências maternas relacionadas ao ciclo grávido – puerperal

- Assistência ao parto/cesariana

Visa captar a percepção materna sobre a qualidade da atenção prestada pela equipe de saúde no momento do parto/cesariana. Para captar esta impressão materna, foi realizada a seguinte pergunta: “Como você classificaria a forma com que os médicos e a equipe de saúde te atenderam no momento do parto?” Essa variável foi categorizada em: Ruim; Boa; Muito boa; Excelente.

- Informação médica oferecida à gestante durante o trabalho de parto/cesariana

Variável dicotômica (sim; não) a qual visa captar a percepção materna sobre a informação passada a ela pela equipe de saúde no momento do parto/cesariana. Foi feito às pacientes a seguinte pergunta: “Durante o parto, os médicos e a equipe de saúde te informaram de tudo que estava acontecendo?”.

- Controle materno durante o trabalho de parto/cesariana

Variável dicotômica (sim; não) a qual visa captar a percepção materna sobre o seu controle no momento do parto/cesariana. Essa informação foi conseguida através da resposta da seguinte pergunta: “Você acha que durante o seu parto você manteve o controle do que estava acontecendo?”

- Medo no parto/cesariana

Refere-se à experiência de medo vivida pela mãe no momento do parto/cesariana. A seguinte pergunta foi feita às pacientes: “Um pouco antes, durante ou logo após o parto, você sentiu medo?” Essa variável foi categorizada em: não; sim, eu senti um pouco de medo; sim, eu senti muito medo.

- Medo do parto/cesariana ao longo da gestação

Refere-se à experiência de medo vivida pela mãe ao longo da gestação em relação ao parto/cesariana que estaria por vir. Captado através da seguinte pergunta: “Em algum momento ao longo da gestação você teve medo do parto?” Essa variável foi categorizada em: não; sim, eu senti um pouco de medo; sim, eu senti muito medo.

- Violência entre parceiros íntimos na gestação

A investigação sobre a ocorrência de violência entre parceiros íntimos (VPI) foi realizada utilizando – se o instrumento *Revised Conflict Tactics Scales (CTS 2)* previamente adaptado para o uso no Brasil (Moraes, et al., 2002; Moraes & Reichenheim, 2002; Reichenheim, et al., 2007).

Esse instrumento foi concebido especificamente para identificação da violência entre indivíduos que tenham uma relação de namoro, casamento ou afins. É composto por cinco dimensões: três abordam tática de resolução de conflitos através de negociação (seis itens), agressão psicológica (oito itens) e agressão física (12 itens); as outras duas abordam possíveis consequências da violência na saúde individual da respondente e de seu companheiro (seis itens) e a existência de coerção sexual no relacionamento do casal (sete itens) (Straus, et al., 1996).

Nessa dissertação, serão utilizadas apenas as subescalas referentes à violência física e psicológica perpetrada contra a mulher durante a gestação. As mulheres que afirmaram não terem tido nenhum parceiro ao longo da gestação não responderam a esse instrumento. Para a consolidação das informações coletadas, serão considerados casos de violência psicológica e física a resposta positiva em pelo menos um dos itens de cada subescala, respectivamente.

#### 4.6 Análise estatística

Em relação à análise estatística, primeiramente foi realizada uma análise univariada com o objetivo de descrever a população de estudo em termos do seu perfil sócio demográfico e de saúde. Em seguida as prevalências de sintomas de TEPT na amostra como um todo e em certos subgrupos populacionais e seus respectivos intervalos de confiança a 95% foram estimados.

Utilizou-se o teste  $\chi^2$  quadrado e o teste exato de Fischer como teste de homogeneidade das prevalências nos subgrupos populacionais, considerando-se um alfa menor ou igual a 0,05 para identificação de diferenças estatisticamente significativas. Todas as análises foram realizadas no STATA 12 (STATACORP, 2011).

#### 4.6 Aspectos éticos

Este estudo segue as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos ditados pela Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira (CAAE número 0040.0.008.000-10). A participação anônima e voluntária foi assegurada por meio da leitura e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi oferecido a todas as participantes antes da entrevista, respeitando-se desse modo a autonomia dos sujeitos envolvidos na pesquisa. O termo de consentimento foi redigido utilizando linguagem acessível de forma a facilitar a compreensão das questões abordadas na pesquisa, estando os pesquisadores disponíveis para esclarecer possíveis dúvidas no momento da sua assinatura ou em qualquer outro período em que as pessoas envolvidas necessitassem de maiores esclarecimentos.

As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado, sem a presença de acompanhante, para evitar qualquer possível constrangimento causado pelas respostas da puérpera a ela mesma ou a seus familiares. A identidade das participantes foi preservada, assim como qualquer outra característica que permitisse sua identificação por outros. Toda informação clínica obtida nessa pesquisa foi incluída no prontuário materno.

Essa pesquisa não trouxe dano físico ou moral aos sujeitos nela envolvidos. Ao contrário, a possibilidade de identificar os possíveis casos de TEPT, que possivelmente não seriam diagnosticados na consulta pós-natal habitual, se constituiu um grande benefício do

estudo. As mulheres cujo resultado da entrevista sugeriu o diagnóstico de TEPT foram encaminhadas para consulta com especialista em Saúde Mental.

## 5 ARTIGO CIENTÍFICO

Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático no período pós-parto entre mulheres atendidas em maternidade de referência para agravos perinatais no município do rio de janeiro.

### RESUMO

O Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno mental que ocorre em resposta a um evento traumático que coloca em risco a vida do indivíduo ou de outras pessoas. O TEPT no período pós-parto foi documentado pela primeira vez em 1978. Porém, há poucos estudos sobre o tema, principalmente em gestantes de alto risco materno e fetal. Visando preencher essa lacuna, esse artigo tem por objetivo estimar a magnitude de TEPT no período pós-parto em uma maternidade de alto risco fetal no município do Rio de Janeiro e identificar subgrupos vulneráveis ao transtorno. Trata-se de um estudo transversal, cuja população de estudo foi composta por 456 mulheres que tiveram o parto no Instituto Fernandes Figueira e realizaram a consulta de revisão pós-parto entre fevereiro e julho de 2011. Casos suspeitos de TEPT foram identificados por meio de dois instrumentos: *Trauma History Questionnaire (THQ)* utilizado para a captação de situações potencialmente traumáticas ao longo da vida e *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL-C)* para rastreio de sintomas de TEPT. A prevalência agregada de TEPT no período pós-parto foi de 9,4%. Subgrupos considerados vulneráveis foram: mulheres com três ou mais partos anteriores (15,1%), com o recém-nascido com APGAR menor ou igual a 7 no primeiro minuto (13,6%), com histórico de psicopatologia anterior (29,0%) ou concomitante à gestação (36,7%), com depressão pós-parto (31,5%), mulheres que sofreram violência física (19,8%) e psicológica (11,6%) perpetrada por parceiro íntimo durante a gestação, mulheres que sofreram abuso sexual na infância (25,7%) e com histórico de 5 ou mais situações traumáticas anteriores (25,9%). A elevada prevalência de TEPT encontrada entre as mulheres entrevistadas pode ser, em parte, atribuída às particularidades da população assistida nessa instituição, de reconhecido risco materno e fetal. A alta prevalência de casos suspeitos de depressão pós-parto entre as mulheres com suspeição de TEPT é um fator de preocupação adicional, já que dificulta o manejo clínico dos casos e afasta a mulher e a criança dos serviços de saúde. TEPT no período pós-parto não é um evento raro e merece atenção. Rápido diagnóstico e tratamento são fundamentais para a melhor qualidade de vida da mãe tornando-a apta aos cuidados do recém-nascido.

Palavras-chave: Prevalência, Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), período pós-parto, alto risco fetal.

## ABSTRACT

The Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) is a mental disorder that occurs in response to a traumatic event which endangers the life of the individual or of other people. There are few studies on this topic, especially in pregnant women with high maternal and fetal risk. Thinking of filling this gap, this study aims at estimating the magnitude of PTSD postpartum period in a maternity with high fetal risk and identifying vulnerable subgroups. This is a cross-sectional study conducted at Instituto Fernandes Figueira (IFF), with 456 women who delivered at the IFF and were underwent postpartum review between february and July 2011. Suspected cases of PTSD were identified through two instruments: Trauma History Questionnaire used for capturing potentially lifelong traumatic situations and Post - Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilians in screening for PTSD symptoms. The aggregate prevalence of PTSD postpartum period was 9,4%. Groups were considered vulnerable: Women with three or more previous deliveries (18,9%), with the newborn with less or equal to 7 APGAR (13,6%) , with a history of previous (29,0%) or concurrent psychopathology pregnancy (36,7%), with postpartum depression (31,5%), woman who have suffered physical (19,8%) and psychological (11,6%) violence perpetrated by intimate partner during pregnancy, women who have experienced childhood sexual abuse (25.7%) and with a history of 5 or more previous traumatic situations (25,9%). The high prevalence of PTSD found among the interviewed women can be partly attributed to the particularities of the patients attended at this institution. The high prevalence of suspected postpartum depression among women with suspected PTSD cases is an additional point of concern, as it complicates the clinical management of cases and keeps the women and the children away from health services. The results indicate that the occurrence of PTSD in the postpartum period is not a rare event and deserves attention, as well as other mental health problems in the postpartum period. Quick diagnosis and treatment are key to better quality of life of the mother making it able to care of the newborn.

**Keywords:** Prevalence, Post traumatic stress disorder, Postpartum period, High fetal risk.

## INTRODUÇÃO

O Transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é um transtorno mental que ocorre em resposta a um evento traumático que coloca em risco a vida do indivíduo ou de outras pessoas. Baseado na definição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition (DSM-IV-TR)*, os indivíduos com TEPT apresentam três sintomas característicos, sendo eles a revivescência, o comportamento evitativo e a hiperexcitabilidade por período superior a um mês, causando prejuízo à vida do indivíduo (APA, 2000). Por ser um transtorno crônico, incapacitante, resistente ao tratamento, pouco diagnosticado e estar associado ao maior risco de alcoolismo, suicídio, depressão, insatisfação no trabalho e aposentadoria precoce, o interesse pelo tema tem crescido nos últimos anos (Keane, et al., 2006).

Em 1978, Bydlowski e Raoul-Duval ampliam a definição do problema ao documentar o primeiro caso de ocorrência de TEPT em consequência de um trabalho de parto traumático. Tal situação passa, então, a ser intitulada como TEPT pós-parto (Bydlowski & Raoul-Duval, 1978). Segundo Beck e colaboradores, o trabalho de parto traumático é um constructo cuja definição se baseia na ocorrência de um evento durante o parto ou nascimento que envolva morte ou ferimento, real ou em ameaça, da mãe, do feto ou do recém-nascido (Beck, 2004). Segundo alguns autores, a incidência de TEPT por questões relacionadas ao parto varia entre 1-2% (Creedy, et al., 2000; Ayers & Pickering, 2001). Seus principais fatores de risco parecem ser o medo materno ao parto (Fairbrother & Woody, 2007), insatisfação e falta de informação com o cuidado recebido pela equipe de saúde durante o parto (Cigoli, et al., 2006; Lev-Wiesel & Daphna-Tekoah, 2010), sensação de perda de controle ou dissociação durante o trabalho de parto (Nicholls & Ayers, 2007; Lev-Wiesel & Daphna-Tekoah, 2010), parto prematuro (Holditch-Davis, et al., 2009) e histórico de problemas psiquiátricos durante a gravidez (Adewuya, et al., 2006). Além disso, situações em que ocorrem complicações neonatais também são fortemente sustentadas pela literatura como fatores de risco para TEPT pós-parto, tais como: Baixo peso ao nascer (Kersting, et al., 2004; Ahlund, et al., 2009), asfixia fetal (Andersen, et al., 2012), malformação do recém-nascido (Nagata, et al., 2008), internação em UTI neonatal (Vanderbilt, et al., 2009; Lefkowitz, et al., 2010) bebê natimorto (Turton, et al., 2001).

Todavia, não há um consenso de que o TEPT no período pós-parto seja causado exclusivamente por traumas relacionados ao parto. Alguns pesquisadores sugerem que pelo

fato do período puerperal ser uma fase da vida que traz grande vulnerabilidade a transtornos psicológicos de modo geral (Kendell, et al., 1987), a mulher possa reviver traumas passados e desenvolver o transtorno (Ayers, et al., 2008). Também é possível supor que o período puerperal seja propício à recidiva de TEPT pré-existente ou continuação do TEPT adquirido durante a gravidez (Turton, et al., 2001; Ayers, et al., 2008). Devido a essa divergência etiológica, Ayers e colaboradores sugeriram utilizar o termo “*Post traumatic stress disorder after childbirth*” para se referir ao TEPT que ocorre no período pós-parto, independentemente do momento de ocorrência do trauma e da incidência do transtorno (Ayers, et al., 2008). Considerando este conceito mais abrangente, outros fatores de risco, tais como, histórico psiquiátrico próprio e familiar, acúmulo de situações traumáticas ao longo da vida, traumas ocorridos durante a infância e o grau de severidade dos traumas passam a fazer parte do rol de fatores de risco para o problema (Brewin, et al., 2000; Adewuya, et al., 2006; Breslau, et al., 2013; Schoedl, et al., 2013).

A prevalência de TEPT no período do pós-parto parece variar entre 1-7% em mulheres com gravidezes normais e que deram à luz a recém-nascidos vivos (Andersen, et al., 2012). No Brasil, foi realizado um único estudo sobre TEPT no período pós-parto. Trata-se de um estudo transversal realizado com 400 mulheres na cidade de Recife (PE), no ano de 2009. A população de estudo consistiu em mulheres entre a segunda e a vigésima sexta semana de pós-parto que faziam o acompanhamento regular da criança no serviço de pediatria de três hospitais, dois públicos e um privado. Segundo o autor, a prevalência de TEPT nessa população foi de 5,3% (IC 95%: 3,3; 7,9). Mulheres com baixo poder aquisitivo, com doenças somáticas, com histórico pessoal e familiar de doenças psiquiátricas e com recém-nascidos com complicações pediátricas foram identificadas como subgrupos mais vulneráveis ao problema (Zambaldi, et al., 2011).

O TEPT no período puerperal tem consequências importantes tanto na saúde materna, quanto na saúde do recém-nascido. Em termos de sua saúde reprodutiva, a mulher pode se julgar inadequada e incapaz para a gravidez, o parto e a maternidade (Creedy, et al., 2000). A mulher pode passar a não desejar mais engravidar (Bailhan & Joseph, 2003), ou mudar a decisão da via de parto do próximo filho, passando a querer ser submetida a uma cesariana, se o parto anterior tiver sido vaginal, (Gardner, 2003). Além disso, casos de tocofobia secundária (medo patológico de uma nova gravidez ou parto provocado por traumas relacionado a gestações anteriores) já foram descritos (Hofberg & Ward, 2003). Mulheres com TEPT também são mais vulneráveis ao desenvolvimento de outros agravos mentais, como a depressão pós-parto, por exemplo (Soderquist, et al., 2009). Algumas mulheres também

relataram efeitos negativos em seu relacionamento com o parceiro, incluindo disfunção sexual, desentendimentos e sentimento de culpa.

O TEPT no período pós-parto é ainda peculiar no que se refere às consequências diretas do transtorno da mãe na saúde do recém-nascido. Mulheres com TEPT no período pós-parto relataram sentimentos iniciais de rejeição e pouca interação com o bebê, o que pode levar à dificuldades no aleitamento materno. Em casos mais graves, a mãe pode cometer negligência e violência contra o recém-nascido e seus irmãos, tornando-se muitas vezes inapta aos cuidados de seus filhos (Ayers, et al., 2006; Beck & Watson, 2008).

O presente estudo pretende ampliar o conhecimento sobre o problema em nosso meio, estimando a magnitude de TEPT no conjunto de mulheres que deram à luz em uma maternidade pública que é referência para gestações de alto risco fetal no município do Rio de Janeiro. Além de estimar a magnitude de TEPT no período pós-parto nessa população, pretende-se identificar subgrupos vulneráveis ao transtorno neste contexto de alto risco fetal.

A opção por uma maternidade com este perfil se justifica porque apesar deste tipo de instituição reunir mulheres com diferentes fatores de risco maternos e fetais para TEPT, não se conhece a magnitude do problema nestas clientela. Estudos internacionais em geral excluem mulheres que tenham tido gestações de alto risco materno e/ou fetal, assim como mulheres que deram à luz a bebês neomortos ou natimortos (Slade, 2006; Andersen, et al., 2012). Dessa forma, este estudo propõe-se a explorar a magnitude do TEPT no período pós-parto em uma maternidade de alto risco fetal, complementando a literatura nacional sobre o tema, mas também preenchendo uma lacuna sobre um domínio pouco estudado internacionalmente.

## **MÉTODOS**

### **Desenho e local do estudo**

Trata-se de um estudo transversal, realizado no ambulatório de consultas pós-natais do Instituto Fernandes Figueira (IFF-FIOCRUZ), serviço de referência para gestações de alto risco fetal.

### **População de estudo e critérios de elegibilidade**

O ambulatório de pré-natal do IFF atende mulheres grávidas com gestação de alto risco fetal. Desta forma, de modo geral, as gestantes encaminhadas ao serviço possuem uma ou mais das seguintes indicações clínicas: doença hemolítica perinatal, malformação fetal, alterações no volume do líquido amniótico, crescimento uterino restrito (CIUR), doenças genéticas, gestantes adolescentes, gestantes com mais de 35 anos de idade e gestantes soropositivas.

A população de estudo foi composta por todas as mulheres que tiveram o parto no IFF e realizaram a consulta de revisão pós-parto entre o período de 8 de fevereiro e 10 de julho de 2011, não havendo, em princípio, critérios de exclusão definidos.

### **Seleção de participantes**

As entrevistas ocorreram durante a consulta rotineira para revisão pós-parto, realizada na maior parte das vezes entre 6<sup>a</sup> e 8<sup>a</sup> semanas pós-natais. Para as situações em que a mulher não compareceu, um contato telefônico foi feito e uma nova data para a entrevista foi definida. Na eventualidade de ter havido uma nova ausência, outro contato telefônico foi realizado na tentativa de agendar outra data para a consulta. Caso a mulher se mostrasse indisponível para ida à maternidade, a entrevista era realizada por telefone.

### **Operacionalização do estudo: variáveis e instrumentos de aferição**

As informações de interesse foram obtidas com a utilização de um questionário estruturado, multidimensional, que abarcava itens sobre características sócio demográficas e reprodutivas da mulher; experiências maternas relacionadas ao ciclo grávido-puerperal e histórico psiquiátrico pessoal auto referido; características gerais do parto e da situação de saúde do recém-nascido ao nascimento e primeiros dias de vida. A investigação sobre a ocorrência de eventos potencialmente traumáticos prévios foi realizada utilizando-se o instrumento “*Trauma History Questionnaire*” (THQ) previamente adaptado para uso no Brasil (Fizman, et al., 2005). O instrumento é constituído por 26 itens que abordam uma série de eventos potencialmente traumáticos. Para cada item o indivíduo indica se vivenciou a situação e o quanto o evento traumático o afetou emocionalmente (não o afetou; se o afetou um pouco; razoavelmente; bastante; ou muito); e a idade aproximada em que o evento ocorreu. Os itens do questionário foram classificados em oito categorias de acordo com a proposta de Luz e colaboradores, quais sejam: a) violência comunitária; b) vivência de

desastres naturais ou provocados pelo homem; c), doença grave (próprio); d) exposição à cadáveres ou corpos mutilados; e), ferimentos graves (próprio ou outras pessoas); f), morte de parentes e amigos; g) experiência sexual não desejada; e h) violência perpetrada por familiar ou pessoas próximas (Luz, et al., 2011).

Para a identificação dos sintomas de TEPT no período pós-parto foi utilizado o instrumento “*Post-Traumatic Stress Disorder Checklist*” (*PCL-C*) após sua adaptação transcultural para o Brasil (Berger, et al., 2004). O instrumento é composto por 17 itens. Os primeiros cinco referem-se ao sintoma “revivescências” (critério B), os sete seguintes referem-se ao “comportamento evitativo/entorpecimento emocional” (critério C), e os últimos cinco são referentes à “hiperexcitabilidade” (critério D) (Passos et al., 2012). Para seu preenchimento, a paciente deve falar o quanto tem sido perturbada no último mês pelos sintomas descritos, utilizando uma escala de gravidade que varia de 1 a 5 (Passos, et al., 2012). Um sintoma é considerado clinicamente significativo quando o indivíduo pontua 3 ou mais no item. Foram consideradas positivas na *PCL-C*, as mulheres que tiveram pelo menos um sintoma clinicamente significativo do critério B, pelo menos três sintomas clinicamente significativos do critério C e dois do critério D (Berger, et al., 2004).

A investigação sobre ocorrência de depressão pós-parto (DPP) foi realizada utilizando o instrumento “*Edinburgh Depression Scale*” (*EPDS*), previamente adaptado para o uso no Brasil (Santos, et al., 1999). A *EPDS* é composta por dez itens, cujas respostas variam entre 0 e 3, conforme a presença e a intensidade do sintoma. Consequentemente, a escala pode ter um escore que vai de 0 a 30. Para a identificação de um caso positivo foi utilizado o ponto de corte 11/12, proposto pelos autores responsáveis pela adaptação transcultural para o Brasil (Santos, et al., 1999).

A investigação sobre a ocorrência de violência entre parceiros íntimos durante a gravidez foi realizada utilizando o instrumento “*Revised Conflict Tactics Scales*” (*CTS2*), previamente adaptado para o uso no Brasil (Straus, et al., 1996; Moraes, et al., 2002; Moraes & Reichenheim, 2002; Reichenheim, et al., 2007). Nesse estudo, foram utilizadas apenas as subescalas referentes à agressão psicológica (oito itens) e agressão física (12 itens) perpetrada contra a mulher durante a gestação. Considerou-se um caso positivo de violência física e de violência psicológica as mulheres que responderam positivamente a pelo menos um item das referidas subescalas.

Para o cálculo de prevalência de casos suspeitos de TEPT, utilizou-se o método que ancora os resultados dos indivíduos no instrumento *PCL-C* ao relato de vivência de alguma situação traumática ao longo da vida de acordo com o *THQ*. Dessa forma, para ser considerada um caso suspeito de TEPT a mulher deve ter vivenciado pelo menos uma situação traumática com intensidade 4 (bastante) ou 5 (muito) e ser positiva na *PCL-C*. A opção pelo método que exige a presença de trauma anterior se justifica por ser este ser mais fidedigno à definição de TEPT baseada no *DSM – IV-TR*.

### **Análise estatística**

Em relação à análise estatística, primeiramente foi realizada uma análise univariada com o objetivo de descrever a população de estudo em termos do seu perfil sócio demográfico e de saúde. Em seguida, as prevalências de sintomas de TEPT na amostra como um todo e em certos subgrupos populacionais e seus respectivos intervalos de confiança a 95% foram estimados.

Utilizou-se o teste  $\chi^2$  quadrado e o Teste Exato de Fischer como teste de homogeneidade das prevalências nos subgrupos populacionais, considerando-se um alfa menor ou igual a 0,05 para identificação de diferenças estatisticamente significativas. Todas as análises foram realizadas no STATA 12 (STATACORP, 2011).

### **Aspectos éticos**

Este estudo segue as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos ditados pela Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Fernandes Figueira (CAAE número 0040.0.008.000-10). A participação anônima e voluntária foi assegurada por meio da leitura e assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido, o qual foi oferecido a todas as participantes antes da entrevista, respeitando-se desse modo a autonomia dos sujeitos envolvidos na pesquisa. As mulheres cujo resultado da entrevista sugeriu o diagnóstico de TEPT ou DPP foram encaminhadas para consulta com especialista em Saúde Mental.

## RESULTADOS

Durante os cinco meses de realização do estudo, 516 mulheres foram elegíveis a participar da pesquisa. Houve uma perda de 60 mulheres (11,6 %) resultando na entrevista de 456 pacientes. Todas as informações foram coletadas através de entrevistas face-a-face (95,0%) ou por telefone (5,0%).

Como apresentado na Tabela 1, as puérperas entrevistadas apresentavam idade entre 13 e 47 anos com média de 25,5 anos e desvio padrão de 7,6. Gestantes adolescentes representaram quase um terço da população. Do total das entrevistadas, aproximadamente a metade tinha, pelo menos, o ensino médio completo e a maioria vive em situação conjugal estável com o pai do bebê da gestação índice. Em relação ao histórico reprodutivo, grande parte das mulheres tinham vivenciado, pelo menos, um parto anterior; e uma pequena minoria tinham histórico de bebê natimorto e neomorto. Em relação à gestação atual, a gravidez foi desejada pela maioria das mulheres. Gestações múltiplas foram responsáveis por 3,2% dos nascimentos. A via de parto mais frequente foi a cesariana (eletiva ou de emergência).

A prevalência agregada de TEPT no período pós-parto foi de 9,4% (IC 95%: 6,9; 12,5). Mulheres com 3 ou mais partos tiveram uma prevalência maior quando comparadas com mulheres que tinham uma menor paridade (tabela 1). Não houve diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências de TEPT nos subgrupos populacionais formados partir de variáveis socioeconômicas e relativas à características da gestação atual referente a mulher.

**Tabela 1- Prevalência de TEPT em subgrupos de acordo com o perfil socioeconômico, histórico reprodutivo e características da gestação atual da população estudada.**

	n=456	%	% TEPT	IC 95 %	p - valor
<b>Idade</b>					
Menores de 20 anos	128	28,1	9,4	4,9 ; 15,8	0,637
Entre 20 – 35 anos	277	60,7	10,1	6,8 ; 14,3	
36 anos ou mais	51	11,2	5,9	1,2 ; 16,2	
<b>Escolaridade materna</b>					
Até o 2º grau incompleto	242	53,1	11,2	7,5 ; 15,8	0,180
2º grau completo ou mais	214	46,9	7,5	4,3 ; 11,8	
<b>Cor</b>					
Branca	198	43,4	8,0	7,0 ; 14,9	0,654
Negra	70	15,3	11,4	5,0 ; 21,2	
Parda/mulata/morena/cabocla	188	41,3	10,1	6,2 ; 15,3	
<b>Situação conjugal</b>					
Mesmo companheiro	391	85,7	8,9	6,3 ; 12,2	0,391
Outras situações	65	14,2	12,3	5,5 ; 22,9	
<b>Partos anteriores</b>					
1 ou 2 partos	370	81,1	8,1	5,5 ; 11,3	0,045
3 ou mais partos	86	18,9	15,1	8,3 ; 24,4	
<b>Histórico de natimorto</b>					
Não	436	95,6	9,4	6,8 ; 12,5	0,929
Sim	20	4,4	10,0	1,2 ; 31,7	
<b>Histórico de neomorto</b>					
Não	433	95,0	9,0	6,5 ; 12,1	0,180
Sim	23	5,0	17,4	4,9 ; 38,8	
<b>Desejo de engravidar quando soube que estava grávida</b>					
Não	157	34,5	10,8	6,4 ; 16,7	0,459
Sim	299	65,5	8,7	5,7 ; 12,4	
<b>Via de parto</b>					
Vaginal	209	45,8	9,6	5,9 ; 14,4	0,925
Cesariana	247	54,2	9,3	6,0 ; 13,6	

Em relação a saúde do recém nascido foi observado altas frequências de bebês prematuros, que apresentaram CIUR, com o APGAR no 1º minuto menor ou igual a 7, que

ficaram internados em UTI neonatal, com baixo peso ao nascer e que apresentaram alguma malformação detectada no momento do nascimento.

Em relação ao desfecho perinatal, um sexto das mulheres tiveram perdas perinatais (neomortos ou natimortos). Em termos da saúde materna (tabela 2), uma pequena minoria das mulheres referiram psicopatologia anterior e durante a gestação. Somado a isso, um percentual considerável das mulheres foram positivas no rastreio para depressão pós-parto.

Como mostra a tabela, a prevalência de TEPT foi maior entre as mulheres que tiveram o recém-nascido com o APGAR 1º minuto menor ou igual a 7, com histórico de psicopatologia anterior ou durante a gestação e com suspeita de depressão pós-parto. Apesar das prevalências de TEPT terem sido maiores entre as mulheres cujos recém-nascidos eram prematuros, neomorto e malformados estas diferenças não foram estatisticamente significativas. O mesmo ocorre entre as mães que tiveram o recém-nascido internados em UTI neonatal , porém neste caso específico, o p-valor foi considerado limítrofe.

**Tabela 2 - Prevalência de TEPT em subgrupos de acordo com a saúde da mulher e do recém-nascido.**

	n=456	%	% TEPT	IC 95 %	p – valor
<b>Idade gestacional</b>					
Maior ou igual a 37 sem.	326	71,5	8,6	5,8 ; 12,2	0,331
Menor que 37 sem.	130	28,5	11,5	2,9 ; 19,3	
<b>Desfecho perinatal</b>					
Nascido vivo	383	84,0	8,9	6,2 ; 12,2	0,251
Natimorto	30	6,6	6,7	0,8 ; 22,1	
Neomorto	43	9,4	16,3	6,8 ; 30,7	
<b>Peso ao nascimento:</b>					
Maior ou igual a 2500g	329	72,1	9,4	6,5 ; 13,1	0,893
Entre 1500 – 2499 g	82	18,0	8,5	3,5 ; 16,8	
Menor que 1500g	45	9,9	11,1	3,7 ; 24,0	
<b>APGAR 1º mim</b>					
Menor ou igual a 7	162	35,5	13,6	8,7 ; 19,8	0,024
Maior que 7	294	64,5	7,1	6,7 ; 13,0	
<b>CIUR</b>					
Não	375	82,2	9,3	6,6 ; 12,7	0,879
Sim	81	17,8	9,9	4,4 ; 18,5	
<b>Presença de malformação</b>					
Não	320	70,2	8,1	5,3 ; 11,7	0,144
Sim	136	29,8	12,5	7,4 ; 19,2	
<b>Internação em UTI neonatal</b>					
Não	311	73,0	8,0	5,3 ; 11,6	0,068
Sim	115	27,0	13,9	8,2 ; 21,6	
<b>Psicopatologia anterior à gestação</b>					
Não	425	93,2	8,0	5,6 ; 11,0	0,000
Sim	31	6,8	29,0	14,2 ; 48,0	
<b>Psicopatologia durante a gestação</b>					
Não	426	93,4	7,5	5,2 ; 10,4	0,000
Sim	30	6,6	36,7	19,9 ; 56,1	
<b>Depressão pós-parto</b>					
Não	345	75,7	2,3	1,0 ; 4,5	0,000
Sim	111	24,3	31,5	23,0 ; 41,0	

Em relação à percepção e às experiências maternas durante a gravidez e puerpério, a maioria da população estudada se mostrou satisfeita com a atenção recebida no momento do parto/cesariana pela equipe de saúde. Algumas mulheres relataram não ter tido informações sobre a sua saúde e do bebê e tiveram a sensação de falta de controle no momento em que o parto/cesariana ocorria. O medo do parto/cesariana durante a gestação foi relatado por um pouco mais que um terço das mulheres. A experiência de violência física e psicológica perpetrada pelo parceiro durante a gestação foi vivenciada por 21,2% e 73,9% das mulheres, respectivamente (tabela 3).

Como indicado na tabela, houve uma maior prevalência de casos suspeitos de TEPT entre mulheres que tiveram a sensação de falta de controle durante o parto/cesariana, que relataram ter sentido medo do parto/cesariana durante a gravidez, medo do parto/cesariana no momento em que ocorria e entre mulheres que vivenciaram violência (física e psicológica) entre parceiros íntimos durante a gestação.

**Tabela 3 - Prevalência de TEPT em subgrupos de acordo com a percepção e experiências maternas durante o ciclo grávido-puerperal.**

	n=456	%	% TEPT	IC 95 %	p - valor
<b>Percepção materna de atenção no parto/cesariana</b>					
Ruim	9	2,0	11,1	0,3 ; 48,2	0,641
Boa/muito boa	123	27,0	7,3	3,4 ; 13,4	
Excelente	324	71,0	10,2	7,1 ; 14,0	
<b>Informação durante parto/cesariana</b>					
Não					0,184
Sim	56	12,3	14,3	6,4 ; 26,2	
	400	87,7	8,7	6,2 ; 11,9	
<b>Controle durante o parto/cesariana</b>					
Não					0,039
Sim	52	11,4	17,3	8,2 ; 30,3	
	404	88,6	8,4	5,9 ; 11,6	
<b>Medo do parto/cesariana</b>					
Não	135	29,6	3,7	1,2 ; 8,4	0,000
Sim, um pouco	143	31,4	5,6	2,4 ; 10,8	
Sim, muito	178	39,0	16,8	11,6 ; 23,2	
<b>Medo do parto/cesariana durante a gestação</b>					
Não	162	35,5	4,9	2,1 ; 9,5	0,000
Sim, um pouco	135	29,6	4,4	1,6 ; 9,4	
Sim	159	34,9	18,2	12,6 ; 25,1	
<b>Violência Física na gestação</b>					
Não	444				0,000
Sim	350	78,8	6,3	4,0 ; 9,4	
	94	21,2	19,8	11,8 ; 28,6	
<b>Violência psicológica na gestação</b>					
Não	444				0,002
Sim	125	28,1	2,4	0,4 ; 6,8	
	319	71,9	11,6	8,2 ; 15,6	

Quase todas as mulheres relataram pelo menos uma experiência potencialmente traumática ao longo da vida. A maioria das mulheres vivenciaram entre 3 e 4 situações desse tipo. A experiência potencialmente traumática mais frequente foi a morte de parentes e amigos, seguida por ter tido ferimentos graves (próprio ou outras pessoas), violência comunitária, exposição a cadáveres e corpos mutilados, violência perpetrada por familiar ou pessoas próximas, experiência sexual não desejada, exposição a desastres naturais ou provocados pelo homem e ter tido diagnóstico de doença grave (próprio). Do total de mulheres entrevistadas, mais da metade relataram ter vivenciado, pelo menos, uma dessas

experiências durante a infância (tabela 4). A prevalência de casos suspeitos de TEPT também foi maior entre mulheres que referiram ter vivenciado algumas das situações potencialmente traumáticas, tais como, a violência comunitária, ferimentos graves (próprio ou de outras pessoas), morte de parentes e amigos, violência perpetrada por familiar ou pessoas próximas e experiências sexuais não desejadas. A prevalência de TEPT também foi maior entre as mulheres que referiram ter sofrido de alguma doença grave ao longo da vida quando comparadas com mulheres que não vivenciaram tal situação. Neste caso, o p-valor foi considerado limítrofe. Mulheres que sofreram tais traumas durante a infância possuem prevalência de sintomas de TEPT maior quando comparadas às mulheres que referenciaram traumas em outros momentos da vida. Além disso, foi observado que a prevalência de TEPT aumenta conforme aumenta o número de traumas sofridos ao longo da vida. Dentre os diferentes tipos de traumas prévios, chama à atenção a prevalência de TEPT entre as mulheres que referiram ter tido uma experiência sexual não desejada na Infância. Dentre estas, o problema atingiu cerca de  $\frac{1}{4}$  das mulheres.

**Tabela 4 - Prevalência de TEPT em subgrupos de acordo com o relato de traumas sofrido ao longo da vida.**

	n=456	%	% TEPT	IC 95 %	p - valor
<b>Violência comunitária</b>					
Não	228	50,0	6,6	3,7 ; 10,6	0,037
Sim	228	50,0	12,9	8,3 ; 17,2	
<b>Desastres naturais ou provocados pelo homem</b>					
Não	375	82,2	8,8	6,1 ; 12,1	0,322
Sim	81	17,8	12,3	6,0 ; 21,5	
<b>Doença grave</b>					
Não	415	91,0	8,7	6,1 ; 11,8	0,079
Sim	41	9,0	17,0	2,7 ; 23,1	
<b>Exposição a cadáveres e corpos mutilados</b>					
Não	239	52,4	8,4	5,2 ; 12,6	0,416
Sim	217	47,6	10,6	6,8 ; 15,5	
<b>Ferimentos graves</b>					
Não	122	26,7	3,3	0,9 ; 8,2	0,007
Sim	334	73,3	11,7	8,4 ; 15,6	
<b>Morte de parentes e amigos</b>					
Não	93	20,4	2,1	0,3 ; 7,5	0,007
Sim	363	79,6	11,3	8,2 ; 15,0	
<b>Violência perpetrada por familiar ou pessoas próximas</b>					
Não	264	57,9	6,0	3,5 ; 9,6	0,004
Sim	192	42,1	14,0	9,5 ; 19,9	
<b>Experiência sexual não desejada<sup>3</sup></b>					
Não	360	79,0	7,5	5,0 ; 10,7	0,002
Sim, >=12	61	13,4	11,5	4,7 ; 22,2	
Sim, <12	35	7,6	25,7	12,5 ; 43,2	
<b>Algum tipo de Trauma na infância <sup>3</sup></b>					
Não	148	32,5	7,0	4,4 ; 10,7	0,027
Sim	308	67,5	13,3	8,6 ; 19,3	
<b>Número de traumas ao longo da vida</b>					
0-2 traumas					0,000
3-4 traumas	142	31,1	0,70	0,1 ; 3,9	
5 -7 traumas	196	43,0	11,2	7,2 ; 16,5	
	118	25,9	17,0	10,8 ; 25,0	

<sup>3</sup> (ECA- Estatuto da criança e do adolescente- Brasil)

## DISCUSSÃO

Como apresentado na seção anterior, o perfil da amostra do estudo é característico de um serviço de referência obstétrica para alto risco fetal, já que muitos dos recém-nascidos apresentavam algum tipo de agravo perinatal. Apenas como exemplo, as proporções de recém-nascidos prematuros (28,5%), com APGAR 1º minuto menor ou igual a 7 (35,5%), de baixo peso ao nascer (27,9%) e de crianças com algum tipo de malformação congênita (29,8%) foram bastante superiores às prevalências destas situações considerando o total de nascimentos do município do Rio de Janeiro no ano de 2011, quando o estudo foi realizado, quais sejam: 11,7%; 14,3%; 9,8%; e 1,1%, respectivamente. O perfil socioeconômico e demográfico das mulheres também difere em alguns quesitos daquelas que deram à luz no Rio de Janeiro em 2011. Em nosso estudo há um maior contingente de adolescentes (28,1% x 16,3%), assim como de mulheres casadas ou em união estável (85,7% x 34,1%) e mulheres com ensino médio ou mais (47,0% x 24,5%).

A prevalência agregada de TEPT nas puérperas atendidas no ambulatório pós-natal do IFF foi maior que a encontrada em estudos anteriores (1 a 7%) em outras partes do mundo (Andersen, et al., 2012). Tal fato já era esperado, conhecendo-se o perfil desta população. É possível imaginar que a elevada prevalência encontrada entre as mulheres entrevistadas possa ser atribuída às particularidades da população assistida nessa instituição, especialmente com relação ao grande número de mulheres que tiveram crianças com complicações sérias que puderam levar até ao óbito. Além das complicações assinaladas no parágrafo anterior, houve uma elevada frequência de bebês com crescimento intrauterino restrito, que tiveram que ficar internados em UTI neonatal e até neomortos ou natimortos. Além disso, a alta prevalência de DPP entre estas mulheres é um fator adicional, já que o TEPT no período pós-parto e a DPP possuem sobreposição de sintomas, sendo esta uma conhecida comorbidade (White, et al., 2006; Soderquist, et al., 2009). Ademais, não se pode perder de vista que uma parte das diferenças entre as prevalências do presente estudo e os anteriores pode ser explicada pela diversidade de metodologias utilizadas nos diferentes estudos anteriores com relação ao perfil da população de estudo, ao tamanho e critérios de seleção da amostra, e especialmente ao critério diagnóstico de TEPT, assim como o período pós-natal estudado.

Ao se considerar a prevalência dos casos suspeitos de TEPT nos subgrupos populacionais estudados, percebe-se que, de maneira geral, as variáveis socioeconômicas não se mostraram relacionadas com uma maior prevalência de TEPT. Embora, baixos níveis econômicos e escolares estejam associados a agravos mentais de uma maneira geral (Marín-

León, et al., 2007), isso não parece ocorrer com o TEPT no período pós-parto neste tipo de clientela. Outros estudos também corroboram estes achados (Ayers, 2004; Andersen, et al., 2012).

De modo geral, as variáveis relacionadas ao histórico reprodutivo e às características da gestação atual também não se mostraram relacionadas a uma maior prevalência de TEPT, com única exceção para o número de partos anteriores. Mulheres com o histórico de 3 ou mais partos tiveram uma prevalência de TEPT no período pós - parto quase duas vezes maior do que as mulheres com menor paridade. Este fenômeno pode estar intimamente relacionado à tocofobia secundária e ao TEPT pós-parto. Segundo alguns estudos, a tocofobia secundária pode ser consequência de eventos traumáticos relacionados a partos anteriores e configuram um importante fator de risco para o desenvolvimento de TEPT em gravidezes subsequentes. (Hofberg & Ward, 2003; Adewuya, et al., 2006).

Em relação à saúde do recém-nascido, era esperado que a presença de bebê natimorto ou neomorto, assim como com baixo peso ao nascer, com CIUR e com a presença de malformação estivessem relacionadas à uma maior prevalência de TEPT em função do potencial traumático que estes eventos podem ter para a mulher. Em outros estudos, este padrão foi encontrado. Ahlund e colaboradores, por exemplo, estimaram uma prevalência de 34% em mães com bebês com peso inferior a 1500g; Nagata e colaboradores encontraram 20% de TEPT em mulheres cujo seus filhos foram submetidos a cirurgia neonatal para correção de malformação congênita (Nagata, et al., 2008). Nessa pesquisa, também foram encontradas prevalências elevadas nesses subgrupos específicos. No entanto, contrariando a literatura, as diferenças entre mulheres cujos filhos apresentavam tais problemas neonatais e aquelas que não passaram por esta situação não foram estatisticamente significativas. Como apontado anteriormente, a única exceção foi entre as mães de recém-nascidos com o APGAR no 1º minuto de nascimento inferior a sete. Assim como visto em outras pesquisas, este se mostrou relacionado com uma maior prevalência de TEPT no período pós-parto (Fairbrother & Woody, 2007; Andersen, et al., 2012). A internação do recém-nascido em UTI neonatal foi uma variável com p-valor limítrofe. Dessa forma, a associação entre ela e o TEPT no período pós-parto não deve ser totalmente descartada visto que estudos anteriores estimaram uma frequência de TEPT elevada variando entre 9 e 35 % (Shaw, et al., 2009; Vanderbilt, et al., 2009; Lefkowitz, et al., 2010).

Alguns motivos para não termos uma maior prevalência de TEPT entre mulheres cujos filhos tiveram algum agravo perinatal e/ou neonatal podem ser levantados. Em primeiro lugar, é possível que boa parte dos casos suspeitos de TEPT neste estudo não sejam casos novos (incidentes) do período pós-parto e sim, casos crônicos ou agudizados neste período de pós-parto, reconhecidamente de maior stresse materno. Desta forma, os motivos dos agravos não estariam associados aos problemas de saúde atuais, mas sim a eventos traumáticos anteriores. Tal hipótese é reforçada ao percebermos que mulheres com história de traumas na infância tiveram uma maior prevalência do problema. Como será melhor discutido mais adiante, outra possibilidade correlata que vem sendo debatida na literatura é a de que boa parte dos casos de TEPT que surgem no pós-parto, ou seja casos incidentes neste período, sejam decorrentes de uma série de traumas ao longo da vida que em um momento de estresse como o do nascimento de um filho acabam se somando e gerando o problema. Ou seja, o nascimento da criança seria apenas um catalisador para o desenvolvimento do transtorno. A maior prevalência de TEPT entre mulheres que tiveram um maior número de traumas fortalece esta possibilidade. Como não temos uma informação específica sobre a ocorrência de TEPT antes e durante a gestação, não podemos descartar estas possibilidade, que deveriam ser melhor investigadas em estudos futuros.

Outro fato a ser considerado é que por se tratar de uma maternidade especializada no atendimento de gestantes de alto risco fetal, o atendimento à mulher ao longo da gestação, no parto e puerpério é diferenciado e pode estar contribuindo para reduzir o risco de TEPT, mesmo em situações difíceis. Uma abordagem acolhedora, rica em informações sobre os eventos e muitas vezes multiprofissional pode fazer com que as mulheres possam se sentir mais assistidas e preparadas ao longo de toda gravidez para dar conta emocionalmente destas situações, potencialmente traumáticas. Dessa forma, eventualidades em relação à saúde do bebê são de certa forma, esperados, não se constituindo um evento surpresa traumático.

Em relação à saúde da mulher antes de engravidar, notamos que entre aquelas com histórico de presença de alguma psicopatologia prévia ou concomitante à gestação, a prevalência de TEPT no período pós-parto foi maior. Tal fato também foi encontrado em estudos anteriores. Em uma revisão sistemática sobre fatores de risco associados ao TEPT pós-parto, Andersen e colaboradores consideraram o histórico psiquiátrico da mulher como forte preditor de TEPT (Andersen, et al., 2012). Estudos sobre a coocorrência de TEPT no período pós-parto e depressão pós-parto encontraram uma sobreposição dos diagnósticos em 58% e 63% dos casos de TEPT (White, et al., 2006; Soderquist, et al., 2009). Esses estudos

chegaram à conclusão que a depressão pré-existente aumenta a suscetibilidade do indivíduo a perceber eventos como sendo traumáticos, podendo levar conseqüentemente ao TEPT. Em nossa pesquisa, a alta frequência de mulheres com suspeita de depressão pós-parto e TEPT corroboram os resultados de pesquisas anteriores.

As repercussões de um atendimento humanizado e multiprofissional desta maternidade também parece se manifestar no momento do nascimento da criança. Estudos relatam que a falta de atenção e informação por parte da equipe médica durante o parto/cesariana faz com que essa experiência seja negativa, podendo ser vista como possível evento traumático. Algumas mulheres relatam sentimento de angústia e de medo por não receberem informações sobre a sua saúde e do bebê. Também há relatos de mulheres que se sentem “invisíveis” durante o parto, pois toda a equipe de saúde conversa entre si e em termos técnicos, sem que ela receba nenhuma informação (Beck, 2004). Em nosso estudo não houve diferença estatisticamente significativa das prevalências de TEPT entre as mulheres que se mostraram satisfeitas e insatisfeitas com a qualidade da atenção e informação no momento do parto/cesariana. É possível que o fato esteja relacionado ao reduzido número de mulheres insatisfeitas com o atendimento prestado pela instituição. Em nosso estudo, quando questionadas sobre a qualidade do atendimento da equipe de saúde durante a gestação, parto e puerpério, apenas 2 % das mulheres afirmaram estarem insatisfeitas com a atenção recebida e somente 12,3 % das mulheres afirmaram não terem tido informações sobre sua saúde e do bebê no momento do parto/cesariana.

Já as percepções maternas sobre o momento do parto/cesariana se mostraram fortemente associadas à maiores prevalências de TEPT. Como visto na seção de Resultados, mulheres que relataram sensação de falta de controle durante o parto/cesariana, assim como o medo do parto/cesariana durante a gestação ou durante o próprio parto/cesariana, tiveram prevalências de TEPT bem superiores às que tinham uma boa expectativa e vivenciaram de forma positiva o trabalho de parto/cesariana. Estes achados corroboram estudos anteriores. Há indícios de que a falta de controle durante o parto e o medo do parto tornam as mulheres mais vulneráveis a encarar a experiência do nascimento como sendo traumática. Em muitos estudos, o medo do parto tem sido considerado um forte preditor para TEPT no período pós-parto (Fairbrother & Woody, 2007; Garthus-Niegel, et al., 2013).

Muitos estudos têm se preocupado em explorar as conseqüências da violência entre parceiros íntimos (VPI) durante a gestação na saúde mental da mulher durante a gravidez e o

período pós-parto (Howard, et al., 2013). Porém, somente um estudo relacionou a VPI durante a gravidez com o TEPT no período pós-parto (Cerulli, et al., 2011). Esse estudo foi realizado em 2011, no EUA, com 188 mulheres no pós-parto, estimou em 17,5% a prevalência de TEPT no período pós-parto entre mulheres que sofreram violência (física, psicológica ou sexual) perpetrada por seu companheiro, enquanto que a prevalência foi de 6,8% entre as mulheres que não haviam passado por essa situação. Os achados do presente estudo vão ao encontro destas estimativas, já que a prevalência estimada de TEPT foi 19,8% entre mulheres que sofreram violência física e 11,6% entre mulheres que sofreram violência psicológica, enquanto que entre as mulheres que não passaram por essa situação a prevalência foi somente de 6,3% e 1,72%, respectivamente.

Dentre todas as situações potencialmente traumáticas anteriores, a experiência sexual não desejada é o tipo de situação mais frequentemente relacionada com TEPT no período pós-parto na literatura (Soet, et al., 2003; Lev-Wiesel, et al., 2009; Lev-Wiesel & Daphna-Tekoah, 2010; Andersen, et al., 2012). Há indícios que o abuso sexual sensibiliza a mulher para traumas menores por ser considerado um trauma severo gerando grande vulnerabilidade (Andreski, et al., 1998; Breslau & Anthony, 2007; Breslau, et al., 2013). No nosso estudo este quadro se repetiu, já que a prevalência de TEPT também foi bem maior (16,5%) em mulheres que relataram esta experiência; a violência sexual sofrida durante a infância parece ser mais grave, já que 25,7% das mulheres com esse histórico foram suspeitas de TEPT no período pós-parto. Outras pesquisas nessa temática corroboram esse resultado (Soet, et al., 2003; Lev-Wiesel, et al., 2009; Lev-Wiesel & Daphna-Tekoah, 2010; Andersen, et al., 2012).

A gravidade das repercussões de traumas ocorridos na infância na saúde mental é ressaltada por diversos autores. Muitos estudos têm relacionado o desenvolvimento de TEPT em adultos com traumas ocorridos durante a infância (Brewin, et al., 2000; Schoedl, et al., 2013). Fato que também foi observado nessa pesquisa, não só referente às experiências sexuais não desejadas, mas para todos os tipos de traumas. Como apontado anteriormente, o número de traumas sofridos também tem influência na alta prevalência de TEPT em mulheres no puerpério. Quanto maior o número de traumas vivenciados, maior foi a prevalência de TEPT no período pós-parto. Esse evento também foi observado em outros estudos (Soderquist, et al., 2009; Breslau, et al., 2013).

Lev-wiesel e colaboradores consideram que a presença de traumas anteriores e gestação de alto risco podem elevar o estresse durante a gravidez e o parto sendo estes

elementos considerados fatores de risco para o desenvolvimento de TEPT (Lev-Wiesel & Daphna-Tekoah, 2010). Em nosso estudo, morte de parentes e amigos, ferimentos graves (próprio ou de outras pessoas) e violência comunitária estiveram associados com a maior prevalência de TEPT, indicando que as repercussões destas situações podem se manifestar também no período pós-parto.

Os resultados da pesquisa precisam ser interpretados à luz de seus pontos fortes e limitações. Em termos dos pontos fortes, destaca-se a utilização de instrumentos de aferição validados e com adaptação transcultural para o Brasil para o rastreio de TEPT (*PCL-C*), situações traumáticas ao longo da vida (*THQ*), depressão pós-parto (*EPDS*) e violência entre parceiros íntimos (*CTS-2*). Outra característica interessante do estudo parece ser o tipo de clientela avaliada. Como apontado anteriormente, este foi o primeiro estudo no Brasil sobre o tema que estimou sua prevalência entre mulheres no pós-parto, independentemente destas estarem ou não fazendo o acompanhamento regular da criança nos serviços de saúde. Ademais, o estudo também foi pioneiro em estimar o problema entre mulheres com gestações de alto risco.

Outro ponto importante foi a recuperação de 23,2% do total de pacientes elegíveis através de busca ativa, via contato telefônico, reduzindo o número de perdas. Entretanto, esta estratégia não conseguiu evitar a perda de 60 mulheres (12,1% dentre elegíveis). Dados sócio demográficos, referente ao histórico reprodutivo e algumas características da gestação índice mostraram, em sua maioria, não haver diferenças entre as perdas e o grupo entrevistado. É possível que esta perda seja seletiva, já que é esperado que as pacientes com TEPT e outros agravos mentais sejam mais resistentes a um acompanhamento rotineiro nos serviços de saúde. Desta forma, é possível que pelo menos uma parte das mulheres que faltaram à consulta de puerpério e não atenderam aos nossos telefonemas possa estar vivenciando o problema. Assim, a perda destas mulheres pode estar subestimando a magnitude desse transtorno entre as pacientes atendidas no ambulatório de pós-natal do IFF; ou seja, a já alta prevalência de TEPT encontrada neste estudo poderia ser ainda mais elevada, se tivéssemos conseguido realizar uma busca ativa destas pacientes de forma mais efetiva.

Porém, a principal limitação do estudo parece ser a impossibilidade de diferenciação entre os casos de TEPT que se iniciaram no período pós-parto, daqueles pré-existentes devido à falta de informação específica sobre o transtorno antes e durante a gestação. É possível que

a dificuldade em identificar diferenças estatisticamente significativas de certos subgrupos seja decorrente desta limitação.

Conforme apresentado e discutidos ao longo deste artigo o TEPT no período pós-parto é um problema relevante e deve ser debatido devido a sua magnitude e consequências na saúde materno infantil. A prevalência de TEPT encontrada em nosso estudo torna evidente que a ocorrência desse transtorno não é um evento raro, e merece atenção assim como outros agravos mentais no puerpério (Cantilino, et al., 2010) especialmente em maternidades de referência.

Desta forma, aconselha-se que as equipes de saúde responsáveis pelo atendimento à mulher e à criança em seus primeiros meses de vida estejam atentas à esta possibilidade. Diante da alta prevalência de agravos relacionados à saúde mental da mulher nesta fase da vida da mesma, seria muito importante que se realizasse algum tipo de rastreamento destas situações durante à assistência pós-natal. Uma maior interação entre a obstetrícia e a pediatria poderia ajudar na suspeição não só dos casos de TEPT baseado nos subgrupos vulneráveis identificados nessa pesquisa, mas também de algumas comorbidades, como a depressão pós-parto, uma vez que o rápido diagnóstico e tratamento destas situações são fundamentais para a melhor qualidade de vida da mãe, tornado – a apta aos cuidados do recém-nascido.

#### Referências (do artigo)

- Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG* 2006; 113:284-8.
- Ahlund S, Clarke P, Hill J, Thalange NK. Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12:261-4.
- Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91:1261-72.
- Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 1998; 79:131-8.
- APA. diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>o</sup> edition - TR Washington, DC: American Psychiatry Association, 2000.
- Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47:552-67.

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; 11:389-98.

Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29:240-50.

Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001; 28:111-8.

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; 8:159 - 168.

Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res* 2004; 53:28-35.

Beck CT, Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res* 2008; 57:228-36.

Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *R Psiquiatr* 2004; 26:167 -175.

Breslau N, Anthony JC. Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *J Abnorm Psychol* 2007; 116:607-11.

Breslau N, Troost JP, Bohnert K, Luo Z. Influence of predispositions on post-traumatic stress disorder: does it vary by trauma severity? *Psychol Med* 2013; 43:381-90.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:748-66.

Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique meconnu de la puerperalite: la nervrose traumatique post-obstetricale. *Perspect Psychiatr* 1978; 4:321-328.

Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Jr JR. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Rev Psiqu Clín* 2010; 37:278-84.

Cerulli C, Talbot NL, Tang W, Chaudron LH. Co-occurring intimate partner violence and mental health diagnoses in perinatal women. *J Womens Health (Larchmt)* 2011; 20:1797-803.

Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27:91-7.

Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000; 27:104-11.

Fairbrother N, Woody SR. Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28:239-42.

Fizman 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; 27:63-6.

Gardner PS. Previous traumatic birth: an impetus for requested cesarean birth. *J Perinat Educ* 2003; 12:1-5.

Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16:1-10.

Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79:505-10, quiz 508-10.

Holditch-Davis D, Miles MS, Weaver MA, Black B, Beeber L, Thoyre S, et al. Patterns of distress in African-American mothers of preterm infants. *J Dev Behav Pediatr* 2009; 30:193-205.

Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013; 10:e1001452.

Keane TM, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2:161-97.

Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150:662-73.

Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Ludorff K, Witthaut J, Ohrmann P, et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res* 2004; 57:473-6.

Lefkowitz DS, Chiara B, Evans RJ. Prevalence and Correlates of Posttraumatic Stress and Postpartum Depression in Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings* 2010; 17:230-237.

Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S. The role of peripartum dissociation as a predictor of posttraumatic stress symptoms following childbirth in Israeli Jewish women. *J Trauma Dissociation* 2010; 11:266-83.

Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S, Hallak M. Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse Negl* 2009; 33:877-87.

Luz MP, Mendlowicz M, Marques-Portella C, Gleiser S, Berger W, Neylan TC, et al. PTSD criterion A1 events: a literature-based categorization. *J Trauma Stress* 2011; 24:243-51.

Marín-León L, Oliveira HBd, Barros MBdA, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr Rev Bras Psiquiatr* 2007.

Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. [Portuguese-language cross-cultural adaptation of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), an instrument used to identify violence in couples]. *Cad Saude Publica* 2002; 18:163-76.

Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saude Publica* 2002; 18:783-96.

Nagata S, Funakosi S, Amae S, Yoshida S, Ambo H, Kudo A, et al. Posttraumatic stress disorder in mothers of children who have undergone surgery for congenital disease at a pediatric surgery department. *J Pediatr Surg* 2008; 43:1480-6.

Nicholls K, Ayers S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *Br J Health Psychol* 2007; 12:491-509.

Passos RBF, Figueira I, Mendlowicz MV, Moraes CL, Coutinho ESF. Exploratory factor analysis of the Brazilian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist: civilian version (PCL-C). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2012; 34:155-161.

Reichenheim ME, Klein R, Moraes CL. Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: An item response theory analysis. *Cad Saude Publica* 2007; 23:53-62.

Santos MdFSd, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín* 1999; 26:90-95.

Schoedl A, Costa M, Fossaluzza V, Mari J, Mello M. Specific Traumatic Events during Childhood as Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder Development in Adults. *J Health Psychol* 2013.

Shaw RJ, Bernard RS, Deblois T, Ikuta LM, Ginzburg K, Koopman C. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics* 2009; 50:131-7.

Slade P. Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27:99-105.

Soderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG* 2009; 116:672-80.

Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003; 30:36-46.

STATA CORP. *Stata Statistical Software*: College Station (TX): Stata Corporation., 2011.

Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 1996; 17:283 - 316.

Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry* 2001; 178:556-60.

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.

White T, Mattheya S, Boyda K, Barnetta B. Postnatal depression and posttraumatic stress after childbirth: Prevalence, course and co-occurrence. *J Reprod Infant Psychol* 2006; 24:107 - 120.

Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14:435-9.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme apresentado nas seções introdutórias e discutidos ao longo desta dissertação o TEPT no período pós-parto é um problema relevante e deve ser debatido devido a sua magnitude e consequências na saúde materno infantil.

A literatura internacional sobre o tema é vasta porém torna - se restrita quando se trata de mulheres com gravidezes de alto risco materno e fetal. Já na literatura nacional, há somente um estudo sobre o tema realizado com gestantes de uma maternidade comum. Desse modo, este estudo propôs-se a explorar a magnitude do TEPT no período pós parto em uma maternidade de alto risco fetal, complementando a literatura nacional sobre o tema mas também preenchendo uma lacuna sobre um domínio pouco estudado internacionalmente.

O objetivo principal de estimar a magnitude de TEPT no período pós-parto e identificar subgrupos vulneráveis a esse transtorno no contexto de alto risco fetal foi alcançado e a hipótese de que a população estudada teria uma prevalência maior de TEPT foi reconhecida. Além disso, os resultados aqui apresentados identificaram como vulneráveis alguns subgrupos pouco estudados, como as mulheres que sofreram VPI durante a gravidez e a vivência de algumas situações traumáticas (violência comunitária, ferimentos graves (próprios), morte de parentes e amigos e violência perpetrada por familiar ou pessoas próximas (perpetrada por qualquer membro da família ou pessoas próximas no convívio diário).

Estudos futuros sobre essa temática deveriam tentar uniformizar a nomenclatura do TEPT no período pós-parto. Existem várias nomenclaturas para o transtorno, como: TEPT pós-natal, TEPT pós-parto, TEPT no período pós-parto, TEPT puerperal e embora a definição de caso para cada uma delas muitas vezes sejam semelhantes o problema dificulta a comparabilidade entre os estudos. Além disso, como não há consenso sobre a etiologia do TEPT no período pós-parto, estudos de incidência são fundamentais para descobrir se esse transtorno é consequência direta do parto ou se pode estar relacionado com outros eventos traumáticos anteriores. Estudos prospectivos também seriam importantes para determinar se o curso, duração, comorbidade e tratamento do TEPT no período pós-parto são iguais ao TEPT devido a outros eventos traumáticos.

Estudos causais para o TEPT no período pós-parto também são importantes. Esta dissertação assinalou como subgrupo vulnerável ao TEPT mulheres que sofreram VPI na

gestação. Porém, somente um único estudo explorou essa relação (Cerulli, et al., 2011) e pouco é sabido sobre a associação desses eventos no contexto de alto risco fetal.

E por fim, investigar a comorbidade de TEPT no período pós-parto com outros transtornos mentais típicos do período puerperal seria um grande avanço nessa temática. Muitos estudos já relacionam o TEPT no período pós-parto à depressão pós-parto. Porém a relação com outros transtornos típicos do puerpério ainda não são bem estabelecidos.

Devido aos resultados encontrados, é importante sensibilizar e preparar os profissionais de saúde ao manejo das puérpera, principalmente entre aquelas que estiveram envolvidas em gravidezes de alto risco materno ou fetal. A identificação de subgrupos vulneráveis para TEPT no período pós-parto, um dos resultados dessa pesquisa, poderia ser muito útil a estes profissionais, facilitando o diagnóstico e a intervenção precoces objetivando a redução de danos através da oferta de tratamento.

A avaliação da saúde mental da mulher e acompanhamento médico adequado, nos casos necessários, é de fundamental importância para diminuir o sofrimento psíquico da mulher e para evitar consequências negativas na saúde do recém-nascido.

## REFEÊNCIAS

- Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG* 2006; 113:284-8.
- Ahlund S, Clarke P, Hill J, Thalange NK. Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12:261-4.
- Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RF, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012.
- APA. Diagnostic and statistical manual for mental disorders Washington, D.C: American Psychiatry Association, 1980.
- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders -TR Washington, DC: American Psychiatry Association, 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* 2006; 11:389-98.
- Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29:240-50.
- Ayers S, Pickering AD. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 2001; 28:111-8.
- 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; 8:159 - 168.
- Beck CT. Birth trauma: in the eye of the beholder. *Nurs Res* 2004a; 53:28-35.
- Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Nurs Res* 2004b; 53:216-24.
- Beck CT, Watson S. Impact of birth trauma on breast-feeding: a tale of two pathways. *Nurs Res* 2008; 57:228-36.
- Berger W, Mendlowicz MV, Souza WF, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *R Psiquiatr* 2004; 26:167 -175.
- Berrios, GE. The history of mental symptoms: descriptive psychopathology since the nineteenth century. 1996; Cambridge University press.

Born L, Phillips SD, Steiner M, Soares CN. Trauma & the reproductive lifecycle in women. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2005; 27:s65-s72.

Breslau N, Troost JP, Bohnert K, Luo Z. Influence of predispositions on post-traumatic stress disorder: does it vary by trauma severity? *Psychol Med* 2013; 43:381-90.

Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:748-66.

Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. *Am J Psychiatry* 1974; 131:981-6.

Bydlowski M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique meconnu de la puerperalite: la nervose traumatique post-obstetricale. *Perspect Psychiatr Care* 1978; 4:321 - 328.

Camacho RS, CANTINELLI FS, RIBEIRO CS, CANTILINO AY, GONSALES BK, BRAGUITTONI É, et al. Transtornos psiquiátricos na gestação e no puerpério: classificação, diagnóstico e tratamento. *Revista de psiquiatria clínica* 2006; 32:92 - 102.

Cantilino A, Zambaldi CF, Sougey EB, Jr. JR. Transtornos psiquiátricos no pós-parto. *Revista de psiquiatria clínica* 2010; 37:278 - 284.

Cavalcanti MC. Transtornos psiquiátricos associados à gravidez e ao puerpério. Recife, 2001.

Chesler P. *Women and madness*. New York: Doubleday & Company, 1984.

Cigoli V, Gilli G, Saita E. Relational factors in psychopathological responses to childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27:91-7.

Cordova MJ, Andrykowski MA, Kenady DE, McGrath PC, Sloan DA, Redd WH. Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:981-6.

Creedy DK, Shochet IM, Horsfall J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 2000; 27:104-11.

DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *J Perinatol* 1996; 16:276-80.

Fairbrother N, Woody SR. Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28:239-42.

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; 27:63-6.

Fones C. Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184:195-6.

Gardner PS. Previous traumatic birth: an impetus for requested cesarean birth. *J Perinat Educ* 2003; 12:1-5.

Glover V. Do biochemical factors play a part in postnatal depression? *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1992; 16:605-15.

Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence* 1999; :99-132.

Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79:505-10, quiz 508-10.

Hooper LM, Stockton P, Krupnick JL, Green BL. Development, Use, and Psychometric Properties of the Trauma History Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping* 2011; 16:258-283.

Keane TM, Marshall AD, Taft CT. Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2:161-97.

Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150:662-73.

Kersting A, Dorsch M, Wesselmann U, Ludorff K, Witthaut J, Ohrmann P, et al. Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant. *J Psychosom Res* 2004; 57:473-6.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:593-602.

Lapp LK, Agbokou C, Peretti CS, Ferreri F. Management of post traumatic stress disorder after childbirth: a review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2010; 31:113-22.

Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings* 2010; 17:230-7.

Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S. The role of peripartum dissociation as a predictor of posttraumatic stress symptoms following childbirth in Israeli Jewish women. *J Trauma Dissociation* 2010; 11:266-83.

Ludermir AB. [Productive employment, gender and mental health]. *Cad Saude Publica* 2000; 16:647-59.

Luz MP, Mendlowicz M, Marques-Portella C, Gleiser S, Berger W, Neylan TC, et al. PTSD criterion A1 events: a literature-based categorization. *J Trauma Stress* 2011; 24:243-51.

Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. [Portuguese-language cross-cultural adaptation of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), an instrument used to identify violence in couples]. *Cad Saude Publica* 2002; 18:163-76.

Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saude Publica* 2002; 18:783-96.

Moré AFL, Carswell WA. Mulheres Portadoras de Transtornos Mentais: um estigma social? *Ciências biológicas e da saúde* 2012; 7:01 - 13.

Nagata S, Funakosi S, Amae S, Yoshida S, Ambo H, Kudo A, et al. Posttraumatic stress disorder in mothers of children who have undergone surgery for congenital disease at a pediatric surgery department. *J Pediatr Surg* 2008; 43:1480-6.

Nicholls K, Ayers S. Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *Br J Health Psychol* 2007; 12:491-509.

Passos RBF, Figueira I, Mendlowicz MV, Moraes CL, Coutinho ESF. Exploratory factor analysis of the brazilian version of the Post-Traumatic Stress Disorder Checklist: civilian version (PCL-C). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2012; 34:155-161.

Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. Risk factors for common mental disorders in women. Population-based longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2006; 189:547-55.

Perez Benitez CI, Zlotnick C, Stout RI, Lou F, Dyck I, Weisberg R, et al. A 5-year longitudinal study of posttraumatic stress disorder in primary care patients. *Psychopathology* 2012; 45:286-93.

Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry* 2000; 177:486-92.

Reichenheim ME, Klein R, Moraes CL. Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: An item response theory analysis. *Cad Saude Publica* 2007; 23:53-62.

Reynolds JL. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *CMAJ* 1997; 156:831-5.

Ross LE, McLean LM. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:1285-98.

Santos MdFSd, Martins FC, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín* 1999; 26:90-95.

Schoedl A, Costa M, Fossaluzza V, Mari J, Mello M. Specific Traumatic Events during Childhood as Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder Development in Adults. *J Health Psychol* 2013.

Slade P. Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2006; 27:99-105.

Smith MY, Egert J, Winkel G, Jacobson J. The impact of PTSD on pain experience in persons with HIV/AIDS. *Pain* 2002; 98:9-17.

STATA CORP. Stata Statistical Software: College Station (TX): Stata Corporation., 2011.

Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P, Lenox R, McCahill ME. Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22:261-9.

Steiner M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos?, 2005

Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues* 1996; 17:283 - 316.

Tuono VL, Jorge MHPdM, Gotlieb S, Laurenti R. Transtornos mentais e comportamentais nas mortes de mulheres em idade fértil\*. *Epidemiologia e serviços de saúde* 2007; 16:85 - 92.

Turton P, Hughes P, Evans CD, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry* 2001; 178:556-60.

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.

WHO. The World health report : 2001 : Mental health : new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

WHO. World Health Survey Results. Geneva, 2003.

WHO. Mental health aspects of women's reproductive. Geneva: UNFPA, 2009.

WHO. Mental Health Atlas 2011. Geneva: World Health organization, 2011.

Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14:435-9.

Zlotnick C, Rodriguez BF, Weisberg RB, Bruce SE, Spencer MA, Culpepper L, et al. Chronicity in posttraumatic stress disorder and predictors of the course of posttraumatic stress disorder among primary care patients. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192:153-9.

Zohar J, Juven-Wetzler A, Myers V, Fostick L. Post-traumatic stress disorder: facts and fiction. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21:74-7.

## Anexo A - Termo de consentimento livre e esclarecido



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada e participar da pesquisa intitulada “Prevalência e fatores associados à depressão e transtorno de estresse pós-traumático pós-parto”. Fui informada, ainda, de que a pesquisa é coordenada pelo Dr. Gustavo Lobato, a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone (21) 2554-1893 ou pelo email [lobato@iff.fiocruz.br](mailto:lobato@iff.fiocruz.br).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui também informada que esse estudo tem objetivos puramente científicos. Em linhas gerais, será avaliada a prevalência e os fatores associados à ocorrência de depressão e transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) pós-natal entre mulheres que tiveram o parto na instituição. Fui também esclarecida de que o uso das informações por mim oferecidas está submetido às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista face-a-face com a utilização de um questionário especificamente desenvolvido para a pesquisa, a qual será realizada a partir da assinatura desta autorização. As informações obtidas serão apenas acessadas pelo pesquisador principal ou colaboradores da pesquisa. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, também poderei contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, através do telefone (21) 25541730 ou pelo email [cepiff@iff.fiocruz.br](mailto:cepiff@iff.fiocruz.br).

O pesquisador principal ofertou-me uma cópia assinada deste Termo de Consentimento, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para o acompanhamento do meu filho(a) ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura da participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) pesquisador(a): \_\_\_\_\_

## ANEXO B – Questionário

**Projeto de Pesquisa “Saúde Mental Pós-Parto”**

Número de identificação na pesquisa |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Número do prontuário materno no IFF |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Instruções para preenchimento:**

Em todo questionário preencher 7 (ou 77 – 777 – 7777 – 77/77 – 77/77/77) para “recusa”, 8 (e similares 88 ...) para “não-informado” e 9 (e similares 99 ...) para “não se aplica”.

**I. Identificação do questionário**

<b>Entrevistador (nome e código)</b>	1. _____  _ _ _
<b>Data da entrevista</b>	2.  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _
<b>Revisado por (nome e código)</b>	3. _____  _ _ _
<b>Data da revisão</b>	4.  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _
<b>Digitador (nome e código)</b>	5. _____  _ _ _
<b>Data da digitação</b>	6.  _ _ _ / _ _ _ / _ _ _

**II. Características gerais da mãe**

<b>Nome da mãe</b>	7. _____
<b>Idade da mãe</b>	8.  _ _ _  anos
<b>Escolaridade materna - Qual foi a última série que V/S completou?</b>	9.  _ _   _ _  (grau) (série)
<b>00. Não estuda ou estudou</b>	
<b>30. Terceiro grau incompleto ou mais</b>	

Qual a sua cor? <b>Leia as alternativas</b> 1. Branca 2. Parda/Mulata/Morena/Cabocla 3. Negra 4. Amarela/Oriental 5. Indígena	10.  __
Número de gestações prévias (incluindo a última)	11.  __ __
Número de partos anteriores (incluindo o último)	12.  __ __
- <i>Número de partos vaginais anteriores</i>	13.  __ __
- <i>Número de cesarianas anteriores</i>	14.  __
Número de abortamentos prévios	15.  __ __
- <i>Número de abortamentos espontâneos</i>	16.  __ __
- <i>Número de abortamentos provocados</i>	17.  __ __
Nº de filhos vivos atualmente (incluindo o atual)	18.  __
Nº de natimortos prévios (não incluir aqui a gestação índice)	19.  __
Nº de neomortos prévios (não incluir aqui a gestação índice)	20.  __

### III. Características gerais do parto

Data do parto	21.  __ __ / __ __ / __ __
Via de parto 1. Parto vaginal sem analgesia 2. Parto vaginal com analgesia 3. Cesariana eletiva 4. Cesariana de urgência (não programada) 5. Fórceps	22.  __
Idade gestacional no parto	23.  __  __  semanas 24.  __  __  dias
Peso ao nascimento	25.  __ __ __ __  gramas

Desfecho perinatal	1. Nascido vivo, ainda vive	
	2. Natimorto	
	3. Nascido vivo, neomorto nas primeiras 24 horas	
	4. Nascido vivo, neomorto após 24 horas (até 7 dias, inclusive)	26.  __
	5. Nascido vivo, neomorto após 7 dias (até 28 dias, inclusive)	
	6. Nascido vivo, óbito infantil (após 28 dias de vida)	
APGAR de 1º minuto		27.  __ __
APGAR de 5º minuto		28.  __ __
Sexo do recém-nascido	1. Masculino 2. Feminino	29.  __
O bebê tinha alguma malformação congênita?	1. Sim 0. Não	30.  __
<b>Se NÃO, vá para a questão 34</b>		
<b>Se SIM, ESPECIFICAR</b>		
_____		31.  __ __ __ __ __
_____		32.  __ __ __ __ __
_____		33.  __ __ __ __ __
Quanto tempo você ficou internada na maternidade após o parto?		34.  __ __ __  dias
Quanto tempo o bebê ficou internado após o parto?		35.  __ __ __  dias
O bebê ficou internado na UTI?	1. Sim 0. Não	36.  __
<b>Se NÃO, vá ao para a questão 38</b>		
<b>Se SIM, por quantos dias?</b>		
		37.  __ __ __  dias
O bebê foi submetido a alguma cirurgia?	1. Sim 0. Não	38.  __
Houve a ocorrência de “near-miss” neonatal?		
<b>Marcar “Sim” se APGAR de 5º min. &lt; 7, peso ao nascimento &lt; 1500 g. ou IG no parto &lt; 32 sem.</b>	1. Sim 0. Não	39.  __

#### IV. Experiências maternas prévias relacionadas ao ciclo grávido-puerperal

Como você classifica a forma com que os médicos e a equipe de saúde te atenderam no momento do parto? <b>Leia as alternativas</b>	40.  __
1. Ruim 2. Boa 3. Muito boa 4. Excelente	
Durante o parto, os médicos e a equipe de saúde te informaram de tudo o que estava acontecendo?	41.  __

1. Sim 0. Não	
Você acha que durante o seu parto você manteve o controle do que estava acontecendo?	42.  __
1. Sim 0. Não	
Um pouco antes, durante ou logo após o parto, você sentiu medo? <b>Leia as alternativas</b>	
0. Não	43.  __
1. Sim, eu senti um pouco de medo	
2. Sim, eu senti muito medo	
Você considera que algum (ou alguns) dos seus partos anteriores foi difícil?	44.  __
1. Sim 0. Não	
Em algum momento ao longo da gestação você teve medo do parto? <b>Leia as alternativas</b>	
0. Não	45.  __
1. Sim, eu senti um pouco de medo	
2. Sim, eu senti muito medo	

#### V. Dados sobre o pré-natal

Quando ficou grávida, você estava querendo engravidar? <b>Leia as alternativas</b>	
1. Sim, naquele momento	46.  __
2. Sim, mas não naquele momento	
3. Não, não queria engravidar	
Você fez pré-natal?	1. Sim 0. Não 47.  __
Com quantas <u>semanas</u> de gravidez você começou o pré-natal? <b>Externo ao IFF</b>	48.  __ __  sem.
Quantas consultas de pré-natal você fez? <b>Externas ao IFF</b>	49.  __ __
A paciente fez pré-natal no IFF?	1. Sim 0. Não 50.  __
<b>Se SIM, especificar o motivo</b>	51.  __ __
_____	
Com quantas <u>semanas</u> de gestação o pré-natal <b>no IFF</b> começou?	52.  __ __  sem.
Quantas consultas de pré-natal você fez <b>no IFF</b> ?	53.  __ __
Você esteve internada na gestação?	1. Sim 0. Não 54.  __
<b>Se NÃO, vá para a questão 56</b>	
<b>Se SIM, especificar o(s) motivo(s)</b>	55.  __ __
_____	

## VI. Histórico psiquiátrico pessoal e familiar

Você já teve algum problema psicológico <b>antes da gestação?</b>	<b>1. Sim</b> Não	<b>0.</b>	56.  __
<b>Se SIM, ESPECIFICAR para codificação posterior (agravo e medicação, se possível)</b>			57.  __ __
Você teve algum problema psicológico <b>durante a gestação?</b>	<b>1. Sim</b> Não	<b>0.</b>	58.  __
<b>Se SIM, ESPECIFICAR para codificação posterior (agravo e medicação, se possível)</b>			59.  __ __
Algum familiar seu (pai, mãe, irmãos, tios ou avós) já teve algum diagnóstico médico de problema psicológico?	<b>1. Sim</b> Não	<b>0.</b>	60.  __
<b>Se SIM, ESPECIFICAR para codificação posterior (familiar, agravo e medicação, se possível)</b>			61.  __ __
			62.  __ __
			63.  __ __

## VII. Eventos Traumáticos prévios (THQ – Trauma History Questionnaire)

6 “Agora eu gostaria de saber sobre algumas situações estressantes que você já possa ter vivido”

<b>Leia as perguntas abaixo.</b>	<b>Intensidade</b>		<b>Idade</b>
<b>Em caso afirmativo, pergunte a intensidade e a idade em que o evento ocorreu.</b>	<b>0. Não</b> <b>1. Sim</b>	<b>‘1’ a ‘5’</b>	<b>(anos completos)</b>
Alguém já tentou tirar alguma coisa diretamente de você usando força ou ameaça de força, tal como assalto a mão armada ou furto?	64.  _	65.  __	66.  __ __
Alguém já tentou roubá-lo (a) ou de fato o (a) roubou (i.e. furtou seus objetos pessoais)?	67.  _	68.  __	69.  __ __
Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa quando você não estava lá?	70.  _	71.  __	72.  __ __
Alguém já tentou invadir ou de fato invadiu sua casa enquanto você estava lá?	73.  _	74.  __	75.  __ __
Você já sofreu algum acidente grave no trabalho, num carro ou em qualquer outro lugar? <b>Se responder SIM, por favor, especificar.</b>	76.  _	77.  __	78.  __ __
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?	79.  _	80.  __	81.  __ __
Você já passou por algum desastre causado pelo homem, tal como choque de um trem, 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?	82.  _	83.  __	84.  __ __
Você já foi exposto (a) a radioatividade ou a agentes químicos perigosos que pudessem ameaçar a sua saúde?	85.  _	86.  __	87.  __ __

Você já esteve em qualquer outra situação na qual você foi gravemente ferido (a)? <b>Se responder SIM, por favor, especificar.</b>	88.  _	89.  _ _	90.  _ _ _
Você já esteve em qualquer outra situação na qual você teve medo porque poderia ter sido morto (a) ou gravemente ferido (a)? <b>Se responder SIM, por favor, especificar.</b>	91.  _	92.  _ _	93.  _ _ _
Você já viu alguém ser gravemente machucado ou morto? <b>Se responder SIM, por favor, especificar quem.</b>	94.  _	95.  _ _	96.  _ _ _
Você já viu cadáveres (excluindo em funerais) ou teve que tocar em cadáveres por qualquer motivo? <b>Se responder SIM, por favor, especificar.</b>	97.  _	98.  _ _	99.  _ _ _
Você já teve algum amigo próximo ou membro da sua família assassinado ou morto por um motorista bêbado? <b>Se responder SIM, por favor, especificar sua relação com esta pessoa (ex. mãe, neto, etc).</b>	100.  _	101.  _ _	102.  _ _ _

<b>Leia as perguntas abaixo.</b>	<b><u>Intensidade</u></b>		
<b>Em caso afirmativo, pergunte a intensidade e a idade em que o evento ocorreu.</b>	<b>0. Não</b>	<b>'1' a '5'</b>	<b>Idade</b> (anos completos)
	<b>1. Sim</b>		
Você já perdeu (por morte) um cônjuge, companheiro (a), namorado (a) ou filho (a)? <b>Se responder SIM, por favor, especificar sua relação com esta pessoa.</b>	103.  _	104.  _ _	105.  _ _ _
Você já sofreu de uma doença grave ou que pusesse em risco sua vida? <b>Se responder SIM, por favor, especificar.</b>	106.  _	107.  _ _	108.  _ _ _
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? <b>Se responder SIM, por favor, indicar.</b>	109.  _	110.  _ _	111.  _ _ _
Você já teve que tomar parte num combate quando estava no serviço militar num território de guerra oficial ou não oficial? <b>Se responder SIM, por favor, indicar o local.</b>	112.  _	113.  _ _	114.  _ _ _

Alguém já o (a) obrigou a ter relações sexuais ou sexo anal ou oral contra a sua vontade? <b>Se responder SIM, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai, mãe, irmão).</b>	115.  __	116.  __	117.  __ __
Alguém já tocou em partes íntimas do seu corpo ou o (a) obrigou a tocar nas dele (a), sob força ou ameaça? <b>Se responder SIM, por favor, indicar a natureza da relação com a pessoa (ex., estranho, amigo, parente, pai, mãe, irmão).</b>	118.  __	119.  __	120.  __ __
Além dos incidentes mencionados nas duas questões acima, já houve outras situações nas quais outra pessoa tentou forçá-lo (a) a ter contato sexual contra a sua vontade?	121.  __	122.  __	123.  __ __
Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou de modo a causar intensa humilhação ou pavor?	124.  __	125.  __	126.  __ __
Alguém da sua família ou pessoa próxima persistentemente já lhe ridicularizou, humilhou ou ignorou causando intenso sofrimento?	127.  __	128.  __	129.  __ __
Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou usando um revólver, uma faca ou qualquer outra arma?	130.  __	131.  __	132.  __ __
Alguém, incluindo membros da sua família ou amigos, já o (a) atacou <u>desarmado</u> e o (a) feriu gravemente?	133.  __	134.  __	135.  __ __
Alguém da sua família já lhe bateu, espancou ou empurrou com força suficiente para causar ferimento?	136.  __	137.  __	138.  __ __
Você já passou por alguma outra situação ou evento extraordinariamente traumáticos que não foram abordados nas questões acima? <b>Se responder SIM, por favor, especificar.</b>	139.  __	140.  __	141.  __ __
<p><b>ATENÇÃO!</b></p> <p>Identifique na lista acima, pelo número da primeira coluna de resposta (NÃO x SIM), o evento que você considere que tenha sido <b><u>o mais estressante</u></b> em sua experiência de vida.</p>			
			142.  __ __ __

### VIII. Situação socioeconômica

Quem é a pessoa de maior renda na sua casa? <b>146</b>	<b>Se a 1 ou 2, vá à questão</b>	143.  __
1. A própria    2. O companheiro    3. Outra		
Qual o seu parentesco com ela?	<b>Especificar para codificação posterior</b>	144.  __ __
_____		

(Nome da pessoa de maior renda) já frequentou ou frequenta a escola? Qual foi a última série que ele(a) completou?

145. |\_\_|\_\_|

00. Não estuda ou estudou

30. Terceiro grau incompleto ou mais

**“Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre alguns bens e utensílios que as pessoas têm em casa. Quantos desses você tem?”**

Automóvel	146.  __
Televisão em cores	147.  __
Banheiro	148.  __
Rádio (excluindo o do carro)	149.  __
Máquina de lavar	150.  __
Videocassete e/ou DVD	151.  __
Aspirador de pó	152.  __
Geladeira	153.  __
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	154.  __
Empregada mensalista	155.  __

### IX. Hábitos de vida da mulher e do companheiro

**“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o seu uso de qualquer bebida que contenha álcool no último ano”.**

**“Mesmo que a quantidade de álcool tomada tenha sido pequena, seria muito importante que você respondesse todas as perguntas”.**

**Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a uma lata ou meia garrafa de cerveja, a 1 chopp, a 2 copos de cerveja, a 1 copo de vinho, a uma dose de uísque, cachaca ou outros destilados ou a 1 copo de caipirinha.**

Você bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? <b>Se NÃO, CONFIRME com a respondente se ela não bebe um pouquinho nem em situações/ocasiões especiais.</b> <b>Mantida a resposta NÃO, vá à questão 162</b>	1. Sim 0. Não	156.  __
Quantas doses você precisa beber para se sentir “alta”, ou seja, quantas doses são necessárias para que você comece a se sentir diferente do seu jeito “normal”?		157.  __
<b>Anote a resposta (tipo de bebida e quantidade), e converta em doses depois</b>		
Seu companheiro ou seus pais se preocupam ou reclamam quando você bebe?	1. Sim 0. Não	158.  __
Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?	1. Sim 0. Não	159.  __
Alguma vez você acordou de manhã após ter bebido na noite anterior e se deu conta que não se lembrava de uma parte do que tinha acontecido na noite passada?	1. Sim 0. Não	160.  __
Alguma vez você sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?	1. Sim 0. Não	161.  __

*“Agora vamos falar sobre outros hábitos que as pessoas têm no dia-a-dia...”*

Você fumou nos últimos doze meses? <b>Caso a resposta seja NÃO, confirme se realmente não fumou nenhum cigarro.</b> <b>Mantida a resposta NÃO, pule para a questão 167</b>	1. Sim 0. Não	162.  __
Você fumou durante algum período da gestação? <b>Se NÃO, pule para a questão 165.</b>	1. Sim 0. Não	163.  __
Quantos cigarros, em média, você fumou durante a gestação? <b>Leia as alternativas</b>		164.  __
1. Menos de meio maço por dia		
2. Meio a um maço por dia		
3. Mais de um e menos de dois maços por dia (20 a 40 cigarros)		
4. Dois ou mais maços por dia (mais de 40 cigarros)		
Você fumou depois do nascimento de (nome do bebê)? <b>Se NÃO, pule para para questão 167</b>	1. Sim 0. Não	165.  __
Quantos cigarros, em média, você fumou após o nascimento de (nome do bebê)? <b>Leia as alternativas</b>		166.  __
1. Menos de meio maço por dia		
2. Meio a um maço por dia		
3. Mais de um e menos de dois maços por dia (20 a 40 cigarros)		
4. Dois ou mais maços por dia (mais de 40 cigarros)		

“Também é importante saber sobre o uso de drogas por você. Essas questões são muito importantes pra gente. Gostaria de lembrar novamente que, como todo o resto do questionário, essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa”.

<i>“Nos últimos 12 meses...”</i>		
...Você usou tranqüilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros?	1. Sim 0. Não	167.  __
... Você usou cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume?	1. Sim 0. Não	168.  __
... Você usou maconha?	1. Sim 0. Não	169.  __
... Você usou cocaína?	1. Sim 0. Não	170.  __
... Você usou outros tipos de drogas? Quais? _____	1. Sim 0. Não	171.  __

**Caso a mãe NÃO tenha relatado uso de drogas, pule a próxima questão**

As pessoas se preocupam com o seu uso de drogas (ou tranqüilizantes) e/ou sugerem que você pare de usá-las?	1. Sim 0. Não	172.  __
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	----------

“Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre o uso, pelo seu companheiro, de qualquer bebida que contenha álcool no último ano”.

<b>Uma dose de bebida alcoólica corresponde, por exemplo, a <u>uma lata ou meia garrafa de cerveja</u>, a <u>1 chopp</u>, a <u>2 copos de cerveja</u>, a <u>1 copo de vinho</u>, a <u>uma dose de uísque, cachaca ou outros destilados</u> ou a <u>1 copo de caipirinha</u>.</b>		
Ele bebe um chopp, uma cervejinha ou alguma outra bebida alcoólica? <b>Se NÃO, CONFIRME com a respondente se ele realmente não bebe um pouquinho nem em situações/ocasiões especiais.</b> <b>Mantida a resposta NÃO, vá à questão 178.</b>	1. Sim 0. Não	173.  __
Alguma vez ele sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida, ou parar de beber?	1. Sim 0. Não	174.  __
As pessoas o aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	1. Sim 0. Não	175.  __
Ele se sente culpado pela maneira com que costuma beber?	1. Sim 0. Não	176.  __
Ele costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	1. Sim 0. Não	177.  __

**“Também é importante saber sobre o uso de drogas por seu companheiro atual. Essas informações são confidenciais e somente serão utilizadas para a pesquisa”.**

... Ele usa tranqüilizantes do tipo Valium, Dienpax, Lexotan, Lorax, Diazepan, ou outros?	1. Sim	0. Não	178.  __
... Ele usa cola de sapateiro, cheiro da loló ou lança perfume?	1. Sim	0. Não	179.  __
... Ele usa maconha?	1. Sim	0. Não	180.  __
... Ele usa cocaína?	1. Sim	0. Não	181.  __
...Ele usa outros tipos de drogas? Quais? _____	1. Sim	0. Não	182.  __

**Caso a respondente não tenha relatado uso de drogas pelo companheiro, pule a próxima questão.**

As pessoas se preocupam com o uso de drogas (ou tranqüilizantes) por ele, e/ou sugerem que ele pare de usá-las?	1. Sim	0. Não	183.  __
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------	--------	----------

#### **X. Depressão pós-parto (EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale)**

**“Agora nós gostaríamos de saber como você tem se sentindo NOS ÚLTIMOS SETE DIAS, não apenas como você está se sentindo hoje”.**

<b>Você tem sido capaz de rir e achar graça das coisas?</b> 0. Como você sempre fez menos que antes 3. De jeito nenhum	1. Não tanto quanto antes	2. Sem dúvida	184.  __
<b>Você sente prazer quando pensa no que está por acontecer em seu dia-a-dia?</b> 0. Como sempre sentiu menos 3. De jeito nenhum	1. Talvez menos do que antes	2. Com certeza	185.  __
<b>Você tem se culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas?</b> 0. Não, nenhuma vez vezes 3. Sim, na maioria das vezes	1. Não muitas vezes	2. Sim, algumas	186.  __
<b>Você tem se sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão?</b> 0. Não, de maneira alguma vezes 3. Sim, muitas vezes	1. Pouquíssimas vezes	2. Sim, alguma s	187.  __

<b>Você tem se sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo?</b>			
0. Não, nenhuma vez	1. Não muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	188.  __
3. Sim, muitas vezes			
<b>Você tem se sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do seu dia-a-dia?</b>			
0. Não. Você consegue lidar com eles tão bem quanto antes			189.  __
1. Não. Na maioria das vezes consegue lidar bem com eles			
2. Sim. Algumas vezes não consegue lidar bem como antes			
3. Sim. Na maioria das vezes você não consegue lidar bem com eles			
<b>Você tem se sentido tão infeliz que tem tido dificuldade de dormir?</b>			
0. Não, nenhuma vez	1. Não muitas vezes	2. Sim, algumas vezes	190.  __
3. Sim, na maioria das vezes			
<b>Você tem se sentido triste ou arrasada?</b>			
0. Não, de jeito nenhum	1. Não muitas vezes	2. Sim, muitas vezes	191.  __
3. Sim, na maioria das vezes			
<b>Você tem se sentido tão infeliz que tem chorado?</b>			
0. Não, nenhuma vez	1. De vez em quando	2. Sim, muitas vezes	192.  __
3. Sim, quase todo o tempo			
<b>A ideia de fazer mal a si mesma passou por sua cabeça?</b>			
0. Nenhuma vez	1. Pouquíssimas vezes, ultimamente	2. Algumas vezes	193.  __
3. Sim, muitas vezes, ultimamente			

#### XI. Transtorno de estresse pós-traumático (PCL-C - Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version)

*“Por favor, indique o quanto você foi incomodado por estes problemas durante o último mês.”*

**Opções de resposta:** 1. Nada 2. Um pouco 3. Médio 4. Bastante 5. Muito

Memória, pensamentos e imagens repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	194.  __
Sonhos repetitivos e perturbadores referentes a uma experiência estressante do passado?	195.  __
De repente, agir ou sentir como se uma experiência estressante do passado estivesse acontecendo de novo (como se você a estivesse revivendo)?	196.  __

Sentir-se muito chateado ou preocupado quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	197.  __
Sentir sintomas físicos (por exemplo, coração batendo forte, dificuldade de respirar, suores) quando alguma coisa lembra você de uma experiência estressante do passado?	198.  __
Evitar pensar ou falar sobre uma experiência estressante do passado ou evitar ter sentimentos relacionados a esta experiência?	199.  __
Evitar atividades ou situações porque elas lembram uma experiência estressante do passado?	200.  __
Dificuldades para lembrar-se de partes importantes de uma experiência estressante do passado?	201.  __
Perda de interesse nas atividades de que você antes costumava gostar?	202.  __
Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	203.  __
Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de ter sentimentos amorosos pelas pessoas que lhe são próximas?	204.  __
Sentir como se você não tivesse expectativas para o futuro?	205.  __
Ter problemas para pegar no sono ou para continuar dormindo?	206.  __
Sentir-se irritável ou ter explosões de raiva?	207.  __
Ter dificuldades para se concentrar?	208.  __
Estar “superalerta”, vigilante ou “em guarda”?	209.  __
Sentir-se tenso ou facilmente sobressaltado?	210.  __

## **XII. Situação conjugal e violência entre parceiros íntimos (CTS 2 - Revised Conflict Tactics Scales)**

*“Agora, gostaríamos de saber um pouco sobre a sua situação conjugal.”*

Você é casada ou tem um companheiro fixo? Qual das seguintes opções melhor descreve a sua situação conjugal?

1. Tenho um marido/companheiro que é o mesmo desde a gestação até agora
2. Estava casada (marido/companheiro) na gestação, mas agora estou sozinha
3. Outras **Especificar** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

211. |\_\_\_\_|

**“Os casais têm maneiras diferentes de tentar resolver suas diferenças, seus problemas. Mesmo que um casal se relacione bem, há momentos em que um discorda do outro, se chateia com o outro, discutem e se agredem apenas porque estão de mau humor, cansados ou por outra razão qualquer”.**

**“Por favor, eu gostaria de saber se o seu (ex)companheiro fez uma ou mais das coisas que eu vou dizer a seguir desde que você soube que estava grávida.”**

**Instruções para preenchimento:**

Leia cada uma das questões a seguir e pergunte se “isto já aconteceu”. Marque o número correspondente à resposta do entrevistado:

**0.** Não    **1.** Aconteceu uma vez    **2.** Aconteceu mais de uma vez

**Atenção:**

Para as questões de negociação, as opções de resposta são apenas:

**0.** Não    **1.** Sim

*Obs: as questões de negociação são aquelas que não são sucedidas pela pergunta “Isso aconteceu mais de uma vez?”*

***“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”***

Você mostrou que se importava com ele, mesmo que vocês estivessem discordando?

212. |\_\_\_\_|

Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que se importava com você mesmo que vocês estivessem discordando?

213. |\_\_\_\_|

Você explicou para seu (ex)companheiro (ou aaa) o que você não concordava

214. |\_\_\_\_|

com ele?	
Seu (ex)companheiro (ou aaa) explicou para você o que ele não concordava com você?	215.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te insultou ou xingou? Isso aconteceu mais de uma vez?	216.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) jogou alguma coisa em você que poderia machucá-la? Isso aconteceu mais de uma vez?	217.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) torceu seu braço ou puxou seu cabelo? Isso aconteceu mais de uma vez?	218.  __
<b><i>“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i></b>	
Você mostrou que respeitava os pontos de vista e os sentimentos dele?	219.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) mostrou que respeitava os seus pontos de vista e os seus sentimentos?	220.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te deu um empurrão? Isso aconteceu mais de uma vez?	221.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) usou uma faca ou arma contra você? Isso aconteceu mais de uma vez?	222.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) chamou você de gorda, feia ou alguma coisa parecida? Isso aconteceu mais de uma vez?	223.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te deu um murro ou te acertou com alguma coisa que pudesse machucar? Isso aconteceu mais de uma vez?	224.  __
<b><i>“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i></b>	
Seu (ex)companheiro (ou aaa) destruiu alguma coisa que te pertencia de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	225.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te sufocou ou estrangulou? Isso aconteceu mais de uma vez?	226.  __
O seu (ex)companheiro (ou aaa) gritou ou berrou com você? Isso aconteceu mais de uma vez?	227.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te jogou contra a parede com força? Isso aconteceu mais de uma vez?	228.  __
Você disse para ele que achava que vocês poderiam resolver o problema?	229.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) disse que achava que vocês poderiam resolver o problema?	230.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te deu uma surra? Isso aconteceu mais de uma vez?	231.  __
<b><i>“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i></b>	
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te segurou com força? Isso aconteceu mais de	232.  __

uma vez?	
Seu (ex)companheiro (ou aaa) virou as costas e foi embora no meio de uma discussão? Isso aconteceu mais de uma vez?	233.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te deu um tabefe ou uma bofetada? Isso aconteceu mais de uma vez?	234.  __
Você sugeriu que procurassem juntos uma solução para resolver as diferenças ou desavenças?	235.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez isso?	236.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) queimou ou derramou líquido quente em você de propósito? Isso aconteceu mais de uma vez?	237.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te acusou de ser “ruim de cama”? Isso aconteceu mais de uma vez?	238.  __
<b><i>“(Durante a gestação, diante de uma discussão entre você e seu (ex)companheiro...”</i></b>	
Seu (ex)companheiro (ou aaa) fez alguma coisa para te ofender? Isso aconteceu mais de uma vez?	239.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) ameaçou acertar ou jogar alguma coisa em você? Isso aconteceu mais de uma vez?	240.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) te chutou? Isso aconteceu mais de uma vez?	241.  __
Você concordou com a solução que foi sugerida por ele?	242.  __
Seu (ex)companheiro (ou aaa) concordou em tentar uma solução que você sugeriu?	243.  __

***Muito obrigada(o) !!!***