

**Síndrome de *Stress* Pós-Traumático em
Obstetrícia
Uma Revisão da Literatura**

Maria Rui Freitas do Amaral Botelho Gomes

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor José Alberto Fonseca Moutinho

maio de 2022

Dedicatória

Ao meu Avô António, por fazer parte de quem sou e da minha visão do mundo.

Aos meus pais, por tudo.

Agradecimentos

Começo por expressar o meu agradecimento ao meu orientador, Prof. Doutor José Moutinho, por ter aceitado colaborar comigo neste projeto, por toda a orientação, prontidão e disponibilidade.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, pelo contributo na minha formação pessoal e profissional ao longo dos últimos anos. À cidade da Covilhã, por me ter acolhido e à qual tenho todo o orgulho de chamar de segunda casa.

Aos meus amigos, em particular à Teresa, ao Quarteto, ao *Fifty Shades* e aos *Big Birds*, agradeço todos os momentos, as vitórias, as derrotas, as aventuras, os dias e as noites, e a companhia e, especialmente, a vossa influência na pessoa que me tornei.

À minha família, agradeço o apoio nesta jornada. Não foi fácil estar distante, e perdoem as minhas ausências, mas sei que tenho sempre os vossos braços abertos à minha espera.

Por último, o maior agradecimento tem que ser feito aos meus pais e ao meu irmão, sem vocês nada disto seria possível. Foram a força motriz que me deu capacidade e coragem para enfrentar o desafio que é o curso de Medicina, especialmente tão longe de casa. Deram tudo o que tinham para tornar a minha vida mais fácil. Mãe, obrigada por nunca me teres deixado desistir, por me ouvires a barafustar com o mundo e dizeres que vai ficar tudo bem. Pai, obrigada pelo teu apoio incondicional, orgulho e pela confiança que sempre me transmitiste. Kiko, mesmo sem saberes, foste o meu maior porto de abrigo ao longo deste curso, e por isso, obrigada.

Resumo

Introdução: A experiência do parto como um evento traumático, que atenta contra a integridade física, ou a vida, da parturiente ou do recém-nascido, tem potencial para despoletar a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático Pós-Parto (PTSD-PP), uma doença mental que afeta entre 1,5% e 6% das mulheres, e que está significativamente associada à diminuição do bem-estar materno, da qualidade da relação mãe-filho e a *outcomes* desfavoráveis na criança.

Objetivos: A presente revisão descritiva objetiva aprofundar o conhecimento sobre PTSD-PP, bem como quais os seus fatores de risco principais e que medidas de prevenção primária e secundária existem, por forma a contribuir para uma melhor prática clínica na prevenção desta perturbação.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa, entre dezembro de 2021 e março de 2022, na base eletrónica PubMed/MEDLINE, para encontrar estudos realizados na língua inglesa, publicados entre janeiro de 2001 e dezembro de 2021.

Resultados e Conclusões: Foram identificados os principais fatores de risco, que se podem agrupar em fatores de risco maternos, periparto e pós-parto, e medidas preventivas primárias e secundárias, em muito baseadas no rastreio de patologia mental prévia e dos fatores de risco explanados, e em métodos de psicoterapia. Concluiu-se que os profissionais de saúde têm um papel importante no reconhecimento desta perturbação e que devem ser feitos mais esforços no sentido de criar e instituir normas de diagnóstico específicas e protocolos de prevenção que englobem medidas não só psicológicas, mas também clínicas.

Palavras-chave

Perturbação de *Stress* Pós-Traumático; Parto; Pós-Parto; Perinatal; Parto Traumático; Fatores de Risco; Prevenção.

Abstract

Introduction: The experience of childbirth as a traumatic event, which refers to actual or threatened death, or serious injury, of the mother or the new-born, has the potential to lead to Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder, a mental illness that affects between 1.5% and 6% of women, and is significantly associated with decreased maternal well-being, poor mother-child bond quality and negative outcomes of the child.

Objectives: This descriptive review aims to deepen the knowledge about PTSD-PP, as well as its main risk factors and what primary and secondary prevention measures exist, in order to contribute to a better clinical practice in the prevention of this disorder.

Methodology: A research was conducted between December 2021 and March 2022, in the PubMed/MEDLINE electronic database, to find studies conducted in English, published between January 2001 and December 2021.

Results and Conclusions: The main risk factors, which can be grouped into maternal, peripartum and postpartum risk factors; and primary and secondary primary preventive measures, mostly based on screening of previous mental pathology and the aforementioned risk factors, and on psychotherapy methods, were identified. It was concluded that health professionals have a key role in recognizing this disorder and that more efforts should be made to create and establish specific diagnostic standards and prevention protocols that include not only psychological but also clinical measures.

Keywords

Post-Traumatic Stress Disorder; Childbirth; Postpartum; Perinatal; Traumatic Childbirth; Risk Factors; Prevention.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Síndrome de <i>Stress</i> Pós-Traumático	1
1.1.1. Sintomas e Diagnóstico	1
1.1.2. Tratamento	1
1.2. Síndrome de <i>Stress</i> Pós-Traumático em Obstetrícia	2
1.2.1. Prevalência	2
1.2.2. Sintomas	3
1.2.3. Diagnóstico	4
1.2.4. Tratamento	4
1.2.5. <i>Outcomes</i>	5
1.2.6. Prognóstico	6
2. Objetivos	7
3. Metodologia	9
4. Resultados e Discussão	11
4.1. Etiologia e Fatores de Risco	11
4.1.1. Fatores de Risco Maternos	12
4.1.2. Fatores de Risco Periparto	12
4.1.3. Fatores de Risco Pós-Parto	13
4.1.4. Fatores de Risco Paternos	14
4.2. Medidas Preventivas	15
4.2.1. Prevenção Primária	15
4.2.2. Prevenção Secundária	17
5. Conclusão	19
6. Referências Bibliográficas	21
7. Tabelas	25
Critérios DSM-V para PTSD	25
Classificação ICD-10 de PTSD	27

Lista de Figuras

Figura 1 – Interação entre fatores de risco para PTSD pós-parto	13
--	----

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico de PTSD segundo o DSM-V	25
Tabela 2 – Classificação do ICD-10 de PTSD	27

Lista de Acrónimos

DPP	Depressão Pós-Parto
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
ICD	<i>International Classification of Diseases</i>
MAOI	<i>Monoamine Oxidase Inhibitor</i>
PTSD	<i>Post-Traumatic Stress Disorder</i>
PTSD-PP	<i>Post-Traumatic Stress Disorder Postpartum</i>
SNRI	<i>Serotonin-Norepinephrine Reuptake Inhibitor</i>
SSRI	<i>Selective Serotonin Reuptake Inhibitor</i>

1. Introdução

1.1. Síndrome de *Stress* Pós-Traumático

A Síndrome de *Stress* Pós-Traumático (PTSD) é um fenômeno clínico reconhecido, que resulta da exposição a *stressores* graves, como combate em guerra, desastres naturais, ou outros eventos potencialmente traumatizantes(1,2).

O diagnóstico de PTSD foi introduzido pela primeira vez na 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM-III) em 1980, composto por sintomas de re-experiência e evicção, alterações negativas da cognição e humor, e hiperreatividade, tendo suscitado interesse público pela primeira em relação às operações militares estadunidenses no Afeganistão e no Iraque(1).

1.1.1. Sintomas e Diagnóstico

Atualmente, a PTSD é classificada de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-V (Tabela 1) e do ICD-10 (Tabela 2), sendo estes semelhantes, embora os primeiros sejam mais prescritivos, com o ICD-10 a exigir apenas sintomas de intrusão, enquanto que a apatia e a evicção não são essenciais para fazer o diagnóstico, apesar de muitas vezes presentes(2).

Assim, o DSM-V conceptualiza vários grupos de sintomas, nomeadamente sintomas de intrusão (grupo B), de evicção (grupo C), de alterações cognitivas e de humor (grupo D) e de excitação e reatividade (grupo E)(3), e descreve o evento causal como envolvendo ameaça de morte, ou morte real, ou ferimentos graves, ou ameaça à integridade física da pessoa ou de outros(2,3). Os requisitos diagnósticos para a PTSD ditam que deve incluir pelo menos um item de intrusão (grupo B), um item de evicção (grupo C), dois itens de alterações cognitivas e de humor (grupo D) e dois itens de excitação e reatividade (grupo E)(1,3).

1.1.2. Tratamento

As *guidelines* para o tratamento de PTSD, e outras síndromes relacionadas com trauma, indicam que devem ser utilizados instrumentos de rastreio de PTSD um mês pós-evento, em todas as pessoas envolvidas no mesmo; quando os sintomas são ligeiros, e estão presentes por menos de quatro semanas após o evento, deve fazer-se vigilância, por

forma a gerir as dificuldades apresentadas pelos doentes e o seguimento deve ser feito no espaço de um mês(2).

Quanto à terapia propriamente dita, há duas vias disponíveis: a farmacológica e a não farmacológica, que se baseia em várias técnicas de psicoterapia. Deste modo, o tratamento farmacológico da PTSD inclui antidepressivos, nomeadamente inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRI), inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina (SNRI) e inibidores da monoaminoxidase (MAOI)(1,2), alfa-bloqueantes, antipsicóticos, anticonvulsivantes e benzodiazepinas(1). Entre estes, mostrou-se que os mais eficazes são a Paroxetina e o Topiramato, seguidos de Sertralina, Fluoxetina, Risperidona e Venlafaxina(1). Abordagens psicoterapêuticas, como terapia cognitivo-comportamental focada no trauma e dessensibilização e reprocessamento através do movimento ocular(1,3), são mais eficazes do que tratamentos menos específicos, como gestão de *stress*, terapia de apoio e hipnoterapia(2). Por último, é importante referir que os tratamentos psicológicos são preferenciais, embora a farmacoterapia tenha um papel importante em pacientes que se apresentam com depressão significativa ou quando as abordagens psicológicas não são benéficas(3).

1.2. Síndrome de *Stress* Pós-Traumático em Obstetrícia

Apesar de, em obstetrícia, a Síndrome de *Stress* Pós-Traumático, ainda não ser reconhecida pelo ICD-10, sabe-se que o parto pode ser experienciado como um evento traumático(4), que atenta contra a integridade física ou contra a vida, com potencial para despoletar PTSD pós-parto (PTSD-PP), uma doença mental que afeta um número desproporcionalmente alto de mulheres em idade fértil, com uma prevalência vitalícia estimada de 10.4% a 13.8%(5). Vários estudos mostram que quase 33% das mulheres experienciam o parto como um evento traumático, mas apenas 10% apresentam reações de *stress* severo nas primeiras semanas após o parto(6,7).

1.2.1. Prevalência

Estima-se que a prevalência de PTSD na gravidez e no pós-parto variem entre 0-35% e 0-21%, respetivamente, e a prevalência de diagnóstico de PTSD-PP entre 1,5% e 6%(5). Esta variação pode dever-se a fatores como diferenças de amostragem, tipo de medidas usadas, contexto sociocultural e/ou geográfico (EUA > Ásia, África, América do Sul e Europa/Austrália)(8), se as mulheres são de países em desenvolvimento(9), e se as gravidezes são de baixo ou alto risco, sendo mais prevalente nestas últimas(8). Em

amostras de mulheres com náuseas, vômitos ou *hiperemesis gravídica*, a prevalência é de 40%, seguida de mulheres com diagnóstico de anomalia fetal, cerca de 35%, ou com história de abuso na infância, aproximadamente 34.4%(8). Acresce, ainda, que as mães têm uma prevalência de *stress* psicológico, de ansiedade e depressão superior aos pais em todos os momentos do pós-parto(10).

Por último, a depressão periparto definida, de acordo com o DSM-V, como um episódio depressivo major, com início periparto e cujo início dos sintomas de humor se dá durante a gravidez, ou até 4 semanas após o parto(3,11), com uma prevalência global estimada de 10% a 20%, superior em regiões de baixo nível socioeconómico (18,7%)(11), pode ser uma comorbidade da PTSD-PP(8), sendo que 90.4% das mulheres com PTSD-PP também experienciaram depressão e 31,5% das mulheres com depressão também experienciaram PTSD-PP(11).

1.2.2. Sintomas

À semelhança da PTSD na comunidade geral, os sintomas mais característicos e importantes para o diagnóstico de PTSD-PP estão relacionados a intrusão(2,12), na qual se incluem *flashbacks*, memórias indesejadas do parto e reações físicas às mesmas(3,12).

O segundo grupo diz respeito a sintomas de evicção, nomeadamente dificuldade em recordar o evento, evitar de memórias do evento, dissociação (despersonalização) e apatia(2,3). A evicção também aparece como uma estratégia de fuga a memórias indesejadas, no entanto, pode ser infrutífera, na medida em que há *triggers* inevitáveis, neste caso o bebé(12,13).

Os restantes sintomas passam por alterações cognitivas e de humor(2,3,12), e sintomas relacionados com alterações na excitação e na reatividade, sobretudo ansiedade persistente, irritabilidade, insónia e dificuldades de concentração.

Relativamente à resposta de *stress* pós-traumático no contexto do parto, é importante distinguir se uma mulher que sofre de PTSD no pós-parto, já sofria de PTSD durante a gravidez, ou se a perturbação aparece exclusivamente em resposta ao parto(14). A experiência clínica mostra que, em casos de trauma prévio, podem ocorrer *flashbacks* durante o parto, despoletados por sensação de falta de controlo(14). Além disso, os sintomas de PTSD podem ser inflacionados por fatores normais e espectáveis no período após o parto, como fadiga e hipervigilância em relação ao bebé(13). Estes sintomas podem começar imediatamente após o parto, ou alguns dias depois, mas geralmente desenvolvem-se nos primeiros 3 meses(2). De acordo com o DSM-V, o diagnóstico de

PTSD só pode ser feito após ter decorrido pelo menos um mês de sintomatologia, sendo que, antes disso, é considerado uma perturbação aguda de *stress*(2,3).

1.2.3. Diagnóstico

O *gold-standard* para o diagnóstico de PTSD é uma entrevista clínica estruturada(15), baseada nos critérios diagnósticos apresentados, no entanto, quando necessário, podem ser aplicadas escalas e questionários aos grupos de maior risco de desenvolvimento de PTSD pós-parto(16).

Estas escalas/questionários, como por exemplo, a *City Birth Trauma Scale*(13), a Escala de Sintomas de Trauma(17), a Escala Diagnóstica Pós-Traumática(18), a *Checklist* de PTSD para o DSM-V(15,19), o Questionário sobre a Experiência do Parto(20,21), o Questionário de PTSD Perinatal(13,22) e a Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo(20,23), além de cobrirem os critérios de diagnóstico do DSM-V, têm uma elevada sensibilidade e especificidade(16).

É, também, importante fazer o diagnóstico diferencial com outras patologias, nomeadamente Resposta Maladaptativa(2,3), Perturbação Aguda de *Stress*(2,3) e Perturbação Depressiva *Major* e Depressão Pós-Parto (DPP)(3,11), sendo estas últimas particularmente importantes, pois as taxas de comorbilidade de PTSD-PP e DPP são elevadas(11).

1.2.4. Tratamento

No que concerne à intervenção e ao tratamento de mulheres no pós-parto, principalmente para os grupos de risco estabelecidos, deve ser feita uma abordagem em três passos: primeiro, melhorar a informação relativa a procedimentos obstétricos oferecida a todas as mulheres, e a deteção de mulheres em risco antes do parto; segundo, rastrear mulheres no pós-parto e oferecer terapia e seguimento àquelas que forem diagnosticadas com PTSD; terceiro, detetar mulheres em risco de desenvolver PTSD crónico e oferecer terapia adicional(16). Seguindo uma abordagem psicossocial, é recomendado que, primeiro sejam fornecidas ferramentas de gestão de crise às mulheres com perturbação aguda. Segundo, proporcionar um ambiente de apoio, onde as mulheres sabem que as emoções fortes são comuns após o parto e que os membros da equipa especializada (parteiras, ginecologistas, psicólogos) estão disponíveis para conversar, caso as mulheres assim o queiram. Por último, referenciar as mulheres que continuem a ter reações de *stress* pós-traumático significativas para várias sessões de terapia(24).

O tratamento não-farmacológico da PTSD inclui *debriefing*, terapia cognitivo-comportamental e dessensibilização e reprocessamento através do movimento ocular(6,25), sendo estas últimas mais utilizadas, pois têm resultados cientificamente comprovados, enquanto o *debriefing* é mais controverso(25). A forma como o *debriefing* é utilizado no período pós-parto passa por uma abordagem não estruturada e focada em fornecer, à parturiente, uma oportunidade para falar sobre os seus sentimentos e emoções relativos ao parto. A terapia cognitivo-comportamental é uma forma de psicoterapia em que as cognições negativas sobre o próprio e sobre o mundo são desafiadas com o intuito de alterar crenças e padrões de comportamento indesejados. A dessensibilização e reprocessamento através do movimento ocular é uma técnica protocolada, em que o terapeuta pede ao participante para se focar nos eventos traumáticos e emoções associadas, enquanto decorre estimulação bilateral dos movimentos oculares(25). Além destes, uma intervenção precoce testada é a escrita expressiva, que consiste em 20 minutos de escrita expressiva baseada no Método de Pennebaker¹, anotando pensamentos, expectativas e emoções relacionadas com o parto (2 ou 3 dias pós-parto)(14).

1.2.5. Outcomes

A Síndrome de *Stress* Pós-Traumático Pós-Parto está significativamente associada a diminuição do bem-estar materno e paterno, disfunção familiar e entre o casal, da qualidade da relação mãe-filho e a *outcomes* desfavoráveis da criança(26–28). Pode afetar a saúde materna e fetal diretamente, via fatores imunológicos ou endócrinos, ou via respostas mal adaptadas(29,30).

Relativamente à saúde materna, a PTSD-PP está associada a dificuldades em estabelecer o elo mãe-bebé, que pode levar ao desenvolvimento de um apego evitativo ou ansioso(6,25), e em iniciar e manter a amamentação(6,10,28,31). Mulheres com PTSD reportaram sintomas de ansiedade, depressão(28–30), somatização ou perturbação de pânico, que também podem contribuir para comportamentos negativos em saúde, nomeadamente consumo de álcool, tabaco e abuso de substâncias, ou consumo excessivo de comida, como forma de conforto, levando a obesidade(29,30), podendo chegar a ter pensamentos e ideações suicidas(14,16). Também estão associadas elevadas taxas de fibromialgia, síndrome do intestino irritável, enfisema e infeções sexualmente

¹ *Método Pennebaker*: método de escrita expressiva que consiste num conjunto de instruções relativamente liberais, que incentivam o escritor a libertar-se e a exprimir-se sobre eventos emocionais e explorar os seus significados, em períodos de 15 a 20 minutos ao longo de vários dias. Em relação à escrita sobre temas triviais, a escrita expressiva resulta numa série de benefícios, incluindo a melhoria da saúde física e do funcionamento imunológico, bem-estar, funcionamento cognitivo, integração social e satisfação nas relações(44).

transmissíveis(30). Concomitantemente, mulheres grávidas com PTSD têm altas taxas de gravidezes ectópicas, abortos espontâneos, hiperêmeses(29,30), alterações do crescimento fetal(30), recém-nascidos com APGAR inferior a 7 aos 5 minutos(32), contrações pré-termo(29), parto induzido e/ou instrumentado, cesariana de emergência e perdas hemorrágicas superiores a 1000mL(32). Por último, mulheres com PTSD-PP são mais propensas a evitar relações sexuais, a esperar mais tempo até voltar a engravidar, e se engravidarem tendem a evitar as consultas pré-natais(25), e a ter menos filhos(6).

Quanto aos *outcomes* da criança, sabe-se que, a PTSD materna está significativamente associada perturbações do crescimento fetal, como é o exemplo o baixo peso à nascença, que por sua vez está correlacionado com dificuldades cognitivo-comportamentais(6,10) mais tarde na vida, nomeadamente défices a nível académico, problemas de atenção e problemas comportamentais internalizados(29). Adicionalmente, não ser amamentado está associado a um aumento da incidência de morbidade infecciosa em crianças, bem como a riscos elevados de obesidade e síndrome de morte súbita infantil(29). Relativamente à reatividade emocional aos dois meses pós-parto, filhos de mães com sintomas de PTSD pós-parto, demonstraram comportamentos significativamente mais desorganizados, como angústia, choro incontrollável e inconsolável(29) e dificuldade em dormir(6,10). Quanto à regulação de emoções, as mesmas crianças mostraram-se menos interessadas em objetos próximos, com mais comportamentos de evicção e demonstraram ter um temperamento difícil(29).

Por último, a PTSD pós-parto pode ter uma influência negativa no casal, incluindo emoções negativas e comunicação insuficiente, diminuição da intimidade e disfunção sexual, pelos motivos anteriormente referidos, e pode levar à separação(25).

1.2.6. Prognóstico

A duração dos sintomas apresenta alguma variabilidade, no entanto, aproximadamente 33% a 50% dos casos de PTSD remete em 3 meses e cerca de 40% evolui para cronicidade(3).

2. Objetivos

Sensibilizados com a prevalência da PTSD pós-parto e a sua notória influência negativa na vida da parturiente, do recém-nascido, na relação mãe-filho e ambiente familiar, objetivou-se a elaboração de uma revisão descritiva sobre a evidência científica atual relativa à PTSD-PP.

Posto isto, foram definidos os seguintes objetivos:

1. Aprofundar os conhecimentos sobre a PTSD pós-parto;
2. Conhecer os fatores de risco associados à PTSD pós-parto;
3. Caracterizar as medidas preventivas primárias e secundárias da PTSD pós-parto;
4. Contribuir para uma melhor prática clínica na prevenção da PTSD pós-parto.

3. Metodologia

Para a elaboração do presente documento, foi efetuada uma pesquisa, entre dezembro de 2021 e março de 2022, na base eletrônica PubMed/MEDLINE para encontrar estudos realizados na língua inglesa, publicados entre janeiro de 2001 e dezembro de 2021, aplicando o filtro “*Free full text*” e utilizando múltiplas combinações das seguintes palavras-chave: “*post-traumatic stress disorder*”, “*childbirth*”, “*postpartum*”, “*perinatal*”, “*traumatic childbirth*”, “*risk factors*” e “*prevention*”.

Seguidamente, foram analisados os títulos e resumos dos artigos encontrados, dando prioridade a artigos que contivessem no título os termos “*Post-Traumatic Stress Following Childbirth*”, ou “*Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder*”, ou semelhantes, e foram selecionados os artigos considerados relevantes para leitura integral.

Por último, de forma a completar a informação encontrada, foram acrescentados à pesquisa, os termos “*aetiology*”, “*diagnosis*”, “*treatment*” e “*outcomes*” e artigos referentes a meios adjuvantes de diagnóstico, psicofarmacologia, e ainda, um livro de psiquiatria, o DSM-V e o ICD-10.

4. Resultados e Discussão

De acordo com os objetivos supracitados, foram encontrados diversos fatores de risco para PTSD pós-parto, que podem ser agrupados conforme o exposto de seguida, e medidas preventivas primárias e secundárias passíveis de serem aplicadas na prática clínica em obstetrícia por forma a diminuir a incidência desta perturbação e, conseqüentemente, os seus *outcomes*.

4.1. Etiologia e Fatores de Risco

Apesar da ocorrência de PTSD a qualquer altura da vida ser preocupante, experienciar estes sintomas durante a gravidez pode criar dificuldades acrescidas(29). As principais causas de doença mental materna são multifatoriais e incluem fatores de vulnerabilidade individual, como problemas psicológicos anteriores, e circunstâncias psicossociais, sendo mais prevalente em estratos socioeconómicos baixos, em situações de violência na relação e outros *stressores* crónicos. Adicionalmente, fatores cognitivo-comportamentais, como a natureza da memória do trauma, avaliações cognitivas negativas e comportamentos de segurança, também podem contribuir para o desenvolvimento de PTSD-PP(29). Acresce ainda, a interação entre fatores de vulnerabilidade individual e o ambiente em que se dá o parto, nomeadamente o tipo de parto (nível de intervenção e complicações), e com os fatores pós-parto que possam manter ou agravar os sintomas iniciais desta síndrome, como *stress* adicional, falha nos mecanismos adaptativos e falta de apoio(9).

Os fatores de risco para PTSD podem ser abordados de forma a incorporar fatores de vulnerabilidade na gravidez (fatores de risco maternos), fatores de risco durante o parto (fatores de risco periparto) e fatores de manutenção após o nascimento (fatores de risco pós-parto)(9), que interagem entre eles (Figura 1), e cujo impacto que cada fator tem no potencial desenvolvimento de PTSD pós-parto é diferente(16).

4.1.1. Fatores de Risco Maternos

Os fatores de risco maternos incluem problemas psicossociais prévios, como ansiedade e depressão(9,16,33), história de trauma ou abuso sexual e nuliparidade(9,16,24,34). Estes fatores interagem com os eventos do parto para determinar a sua avaliação como traumático e, conseqüentemente, a resposta de *stress* ao mesmo(9).

A respeito dos problemas psicossociais prévios, sabe-se que uma personalidade do tipo ansiosa(16,24,33,34), ou seja, a tendência para experienciar ansiedade em situações do dia-a-dia, independentemente do seu risco objetivo, ou construtos semelhantes, como neuroticismo(24,26), e afetividade negativa generalizada pré-existentes tendem a ser amplificados durante o período perinatal e são fatores preditores prospectivos importantes de PTSD, seja imediatamente após o parto, seja alguns meses depois(26). A estes, acrescem a depressão prévia e durante a gravidez, o medo do parto, história prévia de PTSD, ou de trauma ou abuso sexual(9,16,31,33) - mulheres vítimas de abuso sexual têm probabilidade de experienciar o parto como um evento traumático 12 vezes superior às restantes(34); e estilo de apego evitativo(35).

No que concerne o nível socioeconómico, mulheres jovens, pobres, solteiras, ou de minorias étnicas, apesar de serem fatores com causalidade inconsistente, têm maior probabilidade de desenvolver PTSD(16,31,34). A nuliparidade(9,16,24,34), uma gravidez não planeada ou a ausência de memórias positivas de gravidezes anteriores, são fatores de risco acrescido(9,16).

Experiência anterior de aconselhamento psicológico/psiquiátrico relacionado com a gravidez/parto e problemas psicológicos/psiquiátricos anteriores, ao serem indicativos de um parto traumático anterior e/ou medo do parto, foram associados a um risco acrescido de PTSD no primeiro mês após o parto(9,33).

4.1.2. Fatores de Risco Periparto

Fatores de risco periparto incluem o tipo de parto, como um indicador do nível de intervenção e complicações, ausência de apoio(9,16,33), elevados níveis de emoções negativas, ameaça percebida e dissociação(9,16).

Estão intimamente associados a PTSD-PP, o parto por cesariana de emergência(16,24,31,33), particularmente se por asfixia eminente do feto, e parto distócico por fórceps(16,34). Ao tipo de parto, acresce a experiência subjetiva do mesmo, associado a elevados níveis de emoções negativas, a utilização de medicação para indução(31), a dissociação - caracterizada por despersonalização e incapacidade para se

mover ou falar, e sensação de falta de controlo, bem como o nível de dor experienciada(9,16,24,34) e o medo pela própria vida e pela vida do recém-nascido(9,16), a duração da primeira e terceira fases do parto(16) e, ainda, o número de fetos(31).

É, também, relevante, o nível de apoio experienciado pela parturiente, na medida em que está descrita a associação entre a falta do mesmo, seja por parte do parceiro, família e amigos, seja por parte da equipa de profissionais de saúde, e o surgimento de PTSD após o parto(9,16,31,34).

4.1.3. Fatores de Risco Pós-Parto

A PTSD está fortemente associada a depressão, ausência de mecanismos de *coping*, *stress* adicional após o parto, e falta de apoio psicológico(9,31,33,34).

Um grupo de fatores pós-parto com implicações profundas no desenvolvimento de PTSD está associado a complicações relativas ao recém-nascido, nomeadamente, prematuridade, asfíxia, baixo peso à nascença, APGAR baixo, complicações médicas e/ou deficiência, e morte fetal *in utero*(16,24,31,34), sendo estas últimas as mais importantes, o que é bastante plausível se se considerar que as consequências de ter um filho vulnerável ou doente podem prolongar-se durante muitos anos após o parto(16). A estes acrescem partos que resultem no internamento do recém-nascido na unidade de cuidados intensivos neonatais(31).

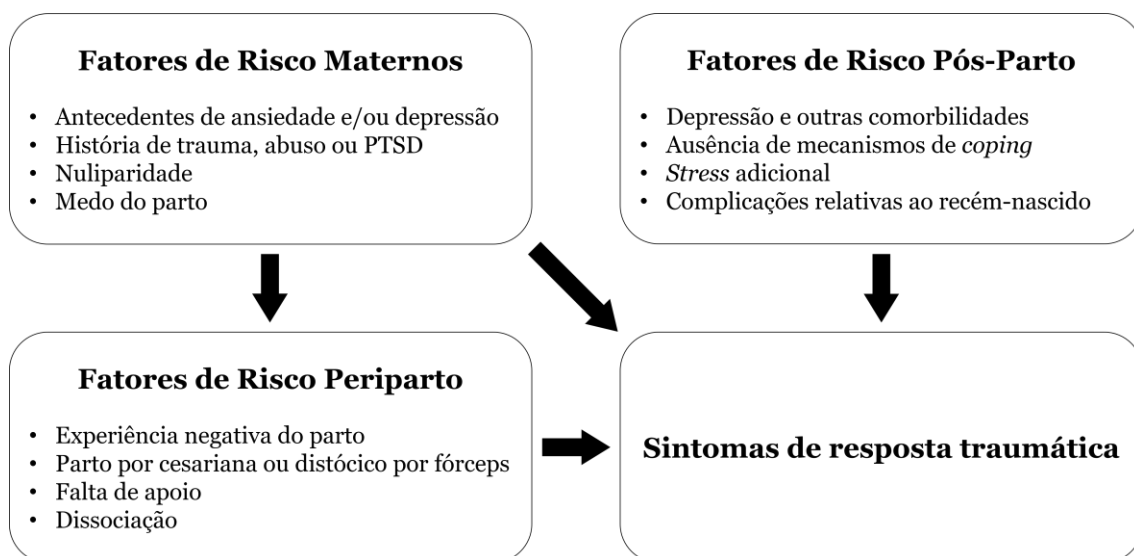


Figura 1 – Interação entre fatores de risco para PTSD pós-parto, adaptado de Ayers, S. (2014)

4.1.4. Fatores de Risco Paternos

Além dos fatores de risco referentes à parturiente, foram encontrados alguns fatores de risco paternos, que não só podem influenciar o risco de os pais virem a desenvolver PTSD, como têm influência sobre a forma como a perturbação se manifesta na mulher, por fatores relacionais.

Assim, desde os anos 60 que os pais tendem a estar mais presentes durante o parto, aumentando, potencialmente, o risco de os próprios desenvolverem PTSD pós-parto(10). No entanto, a incidência de PTSD-PP paterna é muito baixa (0% a 5%), principalmente se se tiver em consideração que há uma tendência para os pais sub-reportarem as suas dificuldades(10,36), pondo frequentemente as necessidades da sua parceira em primeiro lugar, atuando como principal fonte de apoio das suas esposas no pós-parto(10,37). Admite-se, também, a existência de uma correlação entre o estado emocional de ambos os progenitores e que o estado emocional do pai no pós-parto imediato afete o da mãe(10). Assim, e apesar da prevalência de sintomas de PTSD nos pais ser relativamente baixa, é importante que sejam bem preparados antes do parto e que sejam bem informados, especialmente se for a primeira gravidez do casal, por forma a diminuir os níveis de ansiedade sentida por eles e percebida pela parceira(37).

Em suma, os fatores de risco que aparentam ser mais relevantes passam pela história prévia de trauma e de problemas psicossociais (ansiedade e depressão), pelo parto ser instrumentado ou por cesariana de emergência, por complicações relativas ao recém-nascido e pela falta de apoio percebida. Não obstante, uma das principais limitações desta revisão passa pela falta de referências sobre o efeito causal de fatores de risco clínicos não-psiquiátricos, além da nuliparidade, como seria o exemplo da diabetes gestacional, *placenta previa*, (pré)eclampsia, patologias infecciosas ou de coagulação, ou malformações fetais e gestação multifetal, que por si só que podem levar a complicações no momento do parto, nomeadamente a conversão de um parto vaginal normal em parto instrumentado ou por cesariana, à sua interpretação como traumático, e consequentemente ao desenvolvimento de PTSD. Neste sentido, e por forma a minorar a prevalência de PTSD-PP, é fundamental investigar a associação entre fatores de risco clínicos e a perceção do parto como evento traumático.

4.2. Medidas Preventivas

Como mencionado previamente, quando o parto é experienciado como traumático, ou seja, quando há elevado medo de morte ou dano, seja do próprio, seja do recém-nascido, durante ou imediatamente após o parto, as mulheres estão em risco de desenvolver PTSD pós-parto(32). Dada a prevalência de mulheres que passam por esta experiência, algumas das quais efetivamente desenvolvem sintomas, e das consequências clínicas que daí advém, tanto para a mulher como para a criança(6,38), é crucial, sempre que possível, intervir no sentido de prevenir a experiência traumática e a PTSD-PP(32,38). Além disso, e ao contrário de outros tipos de trauma, a PTSD pós-parto, como ocorre em função do parto como evento traumático, representa uma situação única, pois sabe-se, com 9 meses de antecedência, que a mulher pode, potencialmente, vir a estar em risco de a desenvolver(26).

4.2.1. Prevenção Primária

O primeiro nível de prevenção passa por ações focadas em evitar o aparecimento da doença antes que ela se desenvolva no paciente, ou seja, diz respeito a ações de aconselhamento de bons hábitos ou estilos de vida(39). Neste âmbito, interessa saber como intervir antes, e durante o parto, de forma a evitar uma experiência traumática do mesmo(38).

Relativamente a este ponto, a pesquisa demonstrou haver vários pontos onde intervir, nomeadamente rastreando os principais fatores de risco e oferecendo, ao casal, informação adequada sobre o parto e mais apoio durante o mesmo, consoante os resultados dos rastreios. Assim, a prevenção primária de PTSD-PP deve incluir:

1. A preparação de todas as mulheres grávidas, de forma realista, para o parto, incluindo informações sobre a incidência de intervenções obstétricas, os riscos e benefícios associados, e sobre a sua imprevisibilidade(24);
2. A avaliação das mulheres, durante a gravidez para os fatores de vulnerabilidade(9,16,24,25,40), como a depressão, o medo do parto, problemas ou complicações de saúde e histórico de PTSD(9) ou agressão sexual(34), por forma a classificar o seu nível de risco de vir a desenvolver PTSD no pós-parto(9);
3. Apoio por parte do parceiro ou da equipa de profissionais de saúde(16), visto que o papel deste é um fator protetor importante, associado à redução da PTSD, especialmente quando as mulheres têm antecedentes de trauma(9), más estratégias de *coping* ou uma psique frágil(16), ou quando passam por um parto

intervencionado(9), ao moderar tanto o risco pré-trauma como a estabilidade dos sintomas pós-parto(26);

4. Garantir um excelente controlo da dor(16,34,40) e permitir que a mulher tenha a sensação de controlo, oferecendo opções sobre os passos seguintes do parto(34,40);
5. Providenciar, após o parto, momentos para a parturiente discutir a sua experiência, seja em consulta com o obstetra ou com a parteira(25), seja em, por exemplo, em grupos de apoio a novas mães ou grupos de amamentação, pode ser importante para validar a sua experiência e minimizar o seu impacto(34).

Neste sentido, e considerando que mulheres saudáveis têm menos complicações no parto, e inerentemente menor probabilidade de um parto traumático, o primeiro passo da prevenção primária deve incidir sobre a promoção de um estilo de vida saudável. Esta promoção pode ser feita nas aulas de preparação para o parto, sendo que estas também devem incluir intervenções sobre como atenuar as consequências de experiências sexuais passadas, que podem influenciar negativamente a perceção da mulher sobre o parto, e sobre o funcionamento psicossocial da parturiente, incluindo o apoio social e expectativas do nascimento(34).

Além disso, sabe-se que partos instrumentados são o tipo de parto mais *stressante*, seguido de cesariana de emergência, parto vaginal normal e cesariana eletiva(41), pelo que é fundamental a vigilância adequada da gravidez. Ao rastrear as grávidas para doenças médicas anteriores, ou adquiridas durante a gravidez, diagnosticando, controlando e tratando as principais causas potenciadoras de complicações periparto, evita-se o parto instrumentado ou a cesariana de emergência, os quais estão associados a maior incidência de hemorragia intraparto, a principal ameaça à vida da mulher.

Por último, e visto que a dor experienciada durante o parto está associada a maior probabilidade da parturiente desenvolver PTSD-PP, é importante desenvolver, em conjunto com a mulher, estratégias de analgesia epidural, especialmente se houver antecedentes de ansiedade, depressão ou trauma, reforçando assim a sensação de controlo sobre o evento e controlando estes fatores de risco.

4.2.2. Prevenção Secundária

O objetivo da prevenção secundária passa por diminuir as sequelas ou consequências de uma doença previamente diagnosticada, quer quanto aos sintomas como relativamente à qualidade de vida(39). Assim, interessa intervir, após o trauma, de forma a prevenir a PTSD e os seus sintomas junto das mulheres que pariram recentemente(24,38).

Há evidências de que as intervenções precoces, lideradas por uma parteira ou por um obstetra, efetuadas dentro das primeiras 72 horas após o parto, são mais eficazes na redução dos sintomas de PTSD, quando comparadas com as intervenções que acontecem entre as 4 e as 6 semanas após o parto(42). Deste modo, há várias formas de intervir, nomeadamente:

1. Intervenção psicológica estruturada(38,42);
2. *Debriefing*(38,40,42);
3. Escrita expressiva(42);
4. Aconselhamento em obstetrícia(42);
5. Incentivar o contacto pele-a-pele entre a mãe e o filho(38);
6. Iniciar a amamentação o mais rapidamente possível após o parto(38);
7. Aplicar escalas e/ou questionários adjuvantes de diagnóstico, como mencionado previamente, de forma a permitir uma rápida identificação dos sintomas mais relevantes, nomeadamente intrusão, angústia com exposição a estímulos, humor negativo, sintomas dissociativos, sintomas de evicção e sintomas de hiperreatividade(40).

A investigação sobre o *debriefing* demonstrou que a sua aplicação é controversa, na medida em que não há resultados claros sobre a sua eficácia, especialmente se se tiver em consideração que grande parte dos casos de PTSD remite, ao final de alguns meses, sem tratamento. Não obstante, tanto a intervenção psicológica estruturada, como a escrita expressiva, mostraram ter um efeito significativamente positivo nos sintomas de PTSD, e quando comparadas com terapia de grupo, mostraram ser tão ou mais eficazes. Além disso, o contacto pele-a-pele com o recém-nascido imediatamente após o parto e o início precoce da amamentação têm efeito preventivo no surgimento de sintomas de PTSD-PP.

Aplicando à prática clínica, a prevenção secundária da PTSD-PP pode passar pelo desenvolvimento de uma ferramenta de rastreio, a ser aplicada pelos profissionais de saúde, em mulheres que tenham experienciado o parto como traumático, para avaliar o nível de sintomas. Após esta avaliação, pode ser fornecido material de autoajuda, no qual

constem explicações simples sobre o porquê de estarem a experienciar estas emoções e como normalizar a situação, e deve ser feito o encaminhamento da parturiente para psicoterapia, nomeadamente terapia cognitivo-comportamental ou dessensibilização e reprocessamento através do movimento ocular.

Para terminar, e no que diz respeito às medidas preventivas, a pesquisa efetuada mostrou que o foco é maioritariamente relativo à prevenção primária e secundária das componentes psicológicas/psiquiátricas da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático Pós-Parto, sendo uma limitação importante a influência de patologias físicas da grávida ou de complicações durante o parto, na perceção do parto como traumático e conseqüente PTSD-PP.

5. Conclusão

A Síndrome de *Stress* Pós-Traumático é um fenómeno clínico, que resulta de um evento traumático, definido como exposição a violência real ou ameaça de morte, lesão grave e violência sexual, seja diretamente ou contra terceiros. Atualmente, o facto da PTSD em obstetrícia não ser reconhecida pelo ICD-10 reflete o quão esta temática tem vindo a ser negligenciada no contexto da prática clínica. No entanto, dada a prevalência e o impacto que a perturbação tem na vida da mulher, do recém-nascido e da família, é premente a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a temática.

Posto isto, considera-se benéfico o conhecimento dos fatores de risco e das medidas preventivas primárias e secundárias na minimização dos efeitos físicos e psicológicos desfavoráveis da PTSD-PP, com o intuito de contribuir para uma melhor prática clínica na prevenção da mesma.

De uma forma geral, os principais fatores de risco para o desenvolvimento de PTSD-PP prendem-se com antecedentes de ansiedade e/ou depressão, história de trauma, abuso ou PTSD, medo do parto e uma experiência negativa o mesmo, parto por cesariana ou instrumentado, complicações relativas ao recém-nascido, e falta de apoio, na medida em que estes, seja independentemente, seja interagindo entre eles, aumentam a probabilidade da ocorrência de PTSD após o parto.

Quanto às medidas preventivas, estas estão estabelecidas principalmente no que diz respeito à prevenção primária e secundária das componentes psicológicas/psiquiátricas da PTSD-PP, ao abordarem questões como os estilos de vida saudável, preparação para o parto, rastreio de fatores de risco e, também, de doenças prévias e controlo da dor como medidas protetoras contra o desenvolvimento de PTSD, e ainda, a aplicação de estratégias de intervenção psicológica estruturada, aconselhamento do luto e em obstetrícia e de escalas/questionários para aferir a presença de sintomas de PTSD, por forma a prevenir o desenvolvimento de PTSD-PP em parturientes que experienciaram o parto como traumático, e encaminhá-las para o seguimento e tratamento mais adequado.

Apesar das limitações encontradas relativamente a fatores de risco clínicos e a influência da prevenção de patologias médicas da parturiente no desenvolvimento da PTSD-PP, é notório o papel do médico na prevenção desta perturbação, começando pela consideração da mesma como diagnóstico diferencial na prática clínica. Além disso, recomenda-se a instituição de normas específicas de diagnóstico, baseadas no rastreio

dos fatores de risco e na adaptação dos critérios do DSM-V e ICD-10 à realidade em obstetrícia, e protocolos de prevenção que englobem medidas de estilo de vida, controle de patologias prévias e da dor, que previnam hemorragia, e que promovam uma experiência positiva do parto.

6. Referências Bibliográficas

1. Miao XR, Chen QB, Wei K, Tao KM, Lu ZJ. Posttraumatic stress disorder: From diagnosis to prevention 11 Medical and Health Sciences 1117 Public Health and Health Services 11 Medical and Health Sciences 1103 Clinical Sciences Alexander V. Libin. *Mil Med Res.* 2018 Sep 28;5(1):1–7.
2. Harrison P, Cowen P, Burns T, Fazel M. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry.* 7th ed. Oxford University Press; 2018. chapter 7, pages 142-147.
3. Association Psychiatric A. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Encyclopedia of Applied Psychology, Three-Volume Set. 2013. 271–280 p.
4. Ertan D, Hingray C, Burlacu E, Sterlé A, El-Hage W. Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry.* 2021 Dec 1;21(1).
5. Schwab W, Marth C, Bergant AM. Post-traumatic Stress Disorder Post Partum: The Impact of Birth on the Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) in Multiparous Women. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2012;72(1):56.
6. Sjömark J, Parling T, Jonsson M, Larsson M, Skoog Svanberg A. A longitudinal, multi-centre, superiority, randomized controlled trial of internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) versus treatment-as-usual (TAU) for negative experiences and posttraumatic stress following childbirth: The JUNO study protocol. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018 Oct 1;18(1):1–14.
7. Ayers S. Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clin Obstet Gynecol.* 2004 Sep;47(3):552–67.
8. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2017 Jan 15;208:634–45.
9. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med.* 2016 Apr 1;46(6):1121–34.
10. Schobinger E, Stuijzand S, Horsch A. Acute and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Mothers and Fathers Following Childbirth: A Prospective Cohort Study. *Front Psychiatry.* 2020 Dec 22;11.
11. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry.*

- 2021 Dec 1;21(1):1–11.
12. Thiel F, Ein-Dor T, Dishy G, King A, Dekel S. Examining Symptom Clusters of Childbirth-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2018 Sep 27;20(5):269–72.
 13. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of postpartum PTSD: The city birth trauma scale. *Front Psychiatry*. 2018 Sep 18;9(SEP):409.
 14. Horsch A, Garthus-Niegel S. Posttraumatic stress disorder following childbirth. *Childbirth, Vulnerability Law Explor Issues Violence Control*. 2019 Jan 1;49–66.
 15. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cited 2022 Mar 14]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
 16. 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 Nov;91(11):1261–72.
 17. Ford JD, Mendelsohn M, Opler LA, Opler MGA, Kallivayalil D, Levitan J, et al. The symptoms of trauma scale (SOTS): An initial psychometric study. *J Psychiatr Pract*. 2015;21(6):474–83.
 18. Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS) - PTSD: National Center for PTSD [Internet]. [cited 2022 Mar 14]. Available from: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/pds.asp>
 19. Using the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) www.ptsd.va.gov.
 20. King L, McKenzie-McHarg K, Horsch A. Testing a cognitive model to predict posttraumatic stress disorder following childbirth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jan 14;17(1):1–12.
 21. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): Development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010 Dec 10;10(1):1–8.
 22. Callahan JL, Borja SE, Hynan MT. Modification of the Perinatal PTSD Questionnaire to enhance clinical utility. *J Perinatol* 2006 269. 2006 Jul 6;26(9):533–9.
 23. Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [Internet]. [cited 2022 Mar 14]. Available from: [http://www.perinatal-servicesbc.ca/health-professionals/professional-resources/health-promo/edinburgh-postnatal-depression-scale-\(epds\)](http://www.perinatal-servicesbc.ca/health-professionals/professional-resources/health-promo/edinburgh-postnatal-depression-scale-(epds))

24. Olde E, Van Der Hart O, Kleber R, Van Son M. Posttraumatic stress following childbirth: A review. *Clin Psychol Rev.* 2006 Jan;26(1):1–16.
25. de Bruijn L, Stramrood CA, Lambregtse-van den Berg MP, Rius Ottenheim N. Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. <https://doi.org/101080/0167482X20191593961>. 2019 Jan 2;41(1):5–14.
26. Rousseau S, Katz D, Shlomi-Polachek I, Frenkel TI. Prospective risk from prenatal anxiety to post traumatic stress following childbirth: The mediating effects of acute stress assessed during the postnatal hospital stay and preliminary evidence for moderating effects of doula care. *Midwifery.* 2021 Dec 1;103:103143.
27. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery.* 2014 Feb;30(2):145–8.
28. Simpson M, Schmied V, Dickson C, Dahlen HG. Postnatal post-traumatic stress: An integrative review. *Women and Birth.* 2018 Oct 1;31(5):367–79.
29. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord.* 2018 Jan 1;225:18–31.
30. Morland L, Goebert D, Onoye J, Frattarelli LA, Derauf C, Herbst M, et al. Posttraumatic stress disorder and pregnancy health: preliminary update and implications. *Psychosomatics.* 2007;48(4):304–8.
31. Chan SJ, Ein-Dor T, Mayopoulos PA, Mesa MM, Sunda RM, McCarthy BF, et al. Risk factors for developing posttraumatic stress disorder following childbirth. *Psychiatry Res.* 2020 Aug 1;290:113090.
32. Slade P, West H, Thomson G, Lane S, Spiby H, Edwards RT, et al. STRAWB2 (Stress and Wellbeing After Childbirth): a randomised controlled trial of targeted self-help materials to prevent post-traumatic stress disorder following childbirth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2020 Jun 1;127(7):886–96.
33. Söderquist J, Wijma B, Thorbert G, Wijma K. Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol.* 2009 Apr 1;116(5):672–80.
34. Soet JE, Brack GA, Dilorio C. Prevalence and Predictors of Women's Experience of Psychological Trauma During Childbirth. *Birth.* 2003 Mar 1;30(1):36–46.
35. Ayers S, Jessop D, Pike A, Parfitt Y, Ford E. The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: A prospective study. *J Affect Disord.* 2014 Feb 1;155(1):295–8.

36. Darwin Z, Galdas P, Hinchliff S, Littlewood E, McMillan D, McGowan L, et al. Fathers' views and experiences of their own mental health during pregnancy and the first postnatal year: a qualitative interview study of men participating in the UK Born and Bred in Yorkshire (BaBY) cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jan 26;17(1).
37. Bradley R, Slade P, Leviston A. Low rates of PTSD in men attending childbirth: A preliminary study. *Br J Clin Psychol*. 2008 Sep 1;47(3):295–302.
38. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. Vol. 97, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2018. p. 648–56.
39. Atividades preventivas em Saúde - Unidade Local de Saúde de Matosinhos [Internet]. [cited 2022 Apr 28]. Available from: <https://www.ulsm.min-saude.pt/mais-saude/atividades-preventivas-em-saude/>
40. Vesel J, Nickasch B. An Evidence Review and Model for Prevention and Treatment of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder. *Nurs Womens Health*. 2015 Dec 1;19(6):504–25.
41. Söderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(1):31–9.
42. Miller PGT, Sinclair M, Gillen P, McCullough JEM, Miller PW, Farrell DP, et al. Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic stress symptoms in post-partum women: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021 Nov 1;16(11).
43. ICD-10 Version:2019 [Internet]. [cited 2022 Mar 17]. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F43.1>
44. Baddeley JL, Pennebaker JW. Chapter 6: The expressive writing method. *Stud Writ*. 2011;23:85–92.

7. Tabelas

Tabela 1 – Critérios de diagnóstico de PTSD segundo o DSM-V, adaptado de (3).

Critérios DSM-V para PTSD	
A. Exposição a violência real ou ameaça de morte, lesão grave e violência sexual (1 ou mais dos seguintes):	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Experiência direta pessoal; 2. Experiência direta como espectador; 3. Conhecimento de experiência por parte de familiar ou amigo chegado. Em casos de violência real ou ameaça de morte de um familiar ou amigo chegado, os eventos devem ter sido violentos ou acidentais; 4. Experiência direta repetida ou exposição extrema a detalhes aversivos de eventos traumáticos (aplicável a certas profissões). <p>NOTA: Relativamente ao critério A4, não se aplica a exposição através dos <i>media</i>, televisão, filmes ou imagens, a menos que a exposição seja relacionada com o trabalho.</p>
B. Presença de 1, ou mais, dos seguintes sintomas intrusivos com associação direta a evento(s) traumático(s), com início após a ocorrência do(s) evento(s) traumático(s):	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memórias recorrentes, involuntárias, intrusivas e perturbadoras do(s) evento(s) traumático(s); <p>NOTA: em crianças maiores de 6 anos, pode ocorrer brincadeira repetitiva em que expressam o tema ou aspetos do(s) evento(s) traumático(s).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Sonhos perturbadores recorrentes com conteúdo relacionado com o(s) evento(s); <p>NOTA: em crianças, podem ocorrer pesadelos sem conteúdo reconhecido.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Reações dissociativas (<i>flashbacks</i>, ...) em que o indivíduo revive o(s) eventos(s) traumático(s); <p>NOTA: em crianças pode haver representação específica do trauma na brincadeira.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado quando exposto a estímulos, internos ou externos, que remetem para o(s) evento(s) traumático(s); 5. Reações fisiológicas marcadas a estímulos, internos ou externos, que simbolizem ou se assemelhem a um aspeto do(s) evento(s) traumático(s).
C. Eviscção persistente de estímulos associados ao(s) evento(s) traumático(s), com início após o(s) evento(s), evidenciado por 1, ou mais, dos seguintes:	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eviscção ou esforço para evitar memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores sobre, ou relacionados com, o(s) evento(s) traumático(s); 2. Eviscção ou esforço para evitar estímulos externos (pessoas, locais, conversas, atividades, assuntos, situações) que desencadeiem memórias, pensamentos ou sentimentos perturbadores sobre, ou relacionados com, o(s) evento(s) traumático(s).

D. Alterações cognitivas e de humor associadas ao(s) evento(s) traumático(s), começando ou agravando após o(s) evento(s), evidenciado por 2, ou mais, dos seguintes:
<ol style="list-style-type: none">1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do(s) evento(s) traumático(s) (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores como traumatismo craniano, álcool ou drogas);2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo;3. Crenças distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do(s) evento(s) traumático(s), que levam o indivíduo a culpar-se a si mesmo ou os outros;4. Estado emocional negativo persistente;5. Interesse ou participação marcadamente diminuída em atividades significativas;6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros;7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas.
E. Alterações marcadas na excitação e na reatividade associadas ao(s) evento(s) traumático(s), começando ou piorando após o(s) evento(s), conforme evidenciado por 2, ou mais, dos seguintes:
<ol style="list-style-type: none">1. Comportamento irritável e surtos de raiva, com pouca ou nenhuma provocação, geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas ou objetos;2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo;3. Hipervigilância;4. Resposta de sobressalto exagerada;5. Problemas de concentração;6. Perturbação do sono.
F. A perturbação (critérios B, C, D e) dura mais de um mês.
G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes na vida do indivíduo.
H. A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Tabela 2 – Classificação do ICD-10 de PTSD, adaptado de (43).

Classificação ICD-10 de PTSD
Capítulo V – Perturbações mentais e comportamentais (F00-F99).
F40-F48 – Perturbações neuróticas, relacionadas com <i>stress</i> e somatoformes.
F43 – Perturbações de <i>stress</i> severo e adaptação:
<p>Esta categoria difere das restantes, na medida em que inclui perturbações identificáveis, não só pelos sintomas e curso, mas também pela existência de uma de duas influências causais: um evento excepcionalmente <i>stressante</i> que produz uma reação aguda de <i>stress</i>, ou uma mudança significativa de vida, que leva a circunstâncias continuamente desagradáveis, que resultam numa perturbação de adaptação.</p> <p>Embora <i>stress</i> psicossocial menos severo (“eventos de vida”) possa precipitar o início, ou contribuir para a apresentação de um largo espectro de perturbações, classificadas noutros locais do ICD-10, a sua importância etiológica nem sempre é clara e dependerá da vulnerabilidade individual, ou seja, os eventos de vida podem não ser necessários ou suficientes para explicar a ocorrência e forma da perturbação. Contrastando, as perturbações, aglomeradas nesta secção do ICD-10 ocorrem sempre como consequência direta de <i>stress</i> agudo grave ou trauma contínuo. Os eventos <i>stressantes</i> ou as circunstâncias continuamente desagradáveis são o fator causal primário e primordial, e a perturbação não se manifesta sem o seu impacto. Assim, as perturbações contempladas nesta secção do ICD-10, podem ser consideradas respostas maladaptativas ao <i>stress</i> severo/continuado, na medida em que interferem com mecanismos de <i> coping </i> e, conseqüentemente, levam a problemas de funcionamento social.</p>
F43.1 – Perturbações de <i>stress</i> pós-traumático:
<p>Surge como uma resposta retardada ou prolongada a um evento ou situação <i>stressante</i> (de duração curta ou longa) de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica, suscetível de causar angústia em qualquer pessoa. Fatores predisponentes, como traços de personalidade (ex. compulsivo, asténico) ou história prévia de neuroticismo podem reduzir o limiar para o desenvolvimento da síndrome ou agravar o seu curso, mas não são nem necessários nem suficientes para explicar a sua ocorrência.</p> <p>Tipicamente, incluem episódios de recorrência da experiência do trauma, sob a forma de memórias intrusivas (<i>flashbacks</i>), sonhos ou pesadelos, no contexto de uma sensação de “dormência” e embotamento emocional persistente, desprendimento para com outras pessoas, apatia em relação ao ambiente, anedonia e evicção de atividades e situações remetentes ao trauma. Geralmente, há hiperreatividade autonómica e hipervigilância, reação de sobressalto exagerada e insónia. Ansiedade e depressão estão comumente associadas e ideação suicida não é infrequente.</p> <p>Os primeiros sintomas surgem depois do trauma, após um período de latência de semanas a meses; o curso é variável, mas é expectável a sua resolução na maioria dos casos. Numa pequena proporção, pode seguir um curso de cronicidade ao longo de vários anos, com a eventual transição para uma mudança duradoura de personalidade.</p>

