



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

Centro Universitário de Lisboa
Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Experiências obstétricas adversas no parto e dificuldades de envolvimento emocional da mãe com o bebé: o papel dos sintomas de stress pós-traumático relacionados com o nascimento do bebé

Paula Alexandra Fidalgo Pinheiro

Lisboa
2024

www.lusofona.pt

Paula Alexandra Fidalgo Pinheiro

Experiências obstétricas adversas no parto e dificuldades de envolvimento emocional da mãe com o bebé : o papel dos sintomas de stress pós-traumático relacionados com o nascimento do bebé

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 11/02/2025, perante o júri , nomeado pelo despacho de Nomeação nº: 1101 / 2024, de 24 de março,, com a seguinte composição :

Presidente: Prof. Doutor Vítor Bruno Faustino Almeida;

Arguente: Prof.a Doutora Sara Magalhães Pinto de Albuquerque;

Orientador(a): Prof. Doutor Tiago Miguel Pires Pinto.

Universidade Lusófona de Ciências e Tecnologias de Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2024

Agradecimentos

Quero agradecer, primeiramente ao professor Doutor Tiago Miguel Pinto e a professora Doutora Stephanie Alves pela transmissão de conhecimentos, conforto e tranquilidade durante a elaboração da presente tese. A toda a equipa do projeto INTERSECT, pelo apoio, orientação e suporte no decorrer da recolha de dados bem como a Universidade Lusófona de Lisboa, nomeadamente a EPCV (escola de Psicologia e Ciências da Vida) que me possibilitaram a realização da minha dissertação.

Esta dissertação foi parcialmente financiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia -FCT, sob a concessão do HEI-LAB (UIDB/05380/2020) e do projecto (2022.0185525.PTDC, quero deixar um especial agradecimento a MAC (Maternidade Alfredo da Costa) e as enfermeiras que trabalham com todo o amor e dedicação na Unidade de Alto Risco

Quero agradecer a minha família, nomeadamente pais, tios, primas, avós paternos e avô materno pelo apoio , presença , motivação por nunca me deixarem desistir mesmo nos momentos mais difíceis e críticos e em especial a minha avó Idalina e a bisavó Raquel que estiveram comigo no decorrer desta jornada sendo que faleceram no presente ano letivo e já não irão acompanhar esta minha conclusão de mais um objetivo.

Resumo

Para algumas mulheres, pode ser uma experiência traumática quando ocorrem eventos obstétricos e neonatais adversos, que podem levar à emergência de sintomas de stress pós-traumáticos associados ao nascimento do bebê (PSPT-RNB) e a dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê. No entanto, são ainda necessárias evidências sobre estas possíveis associações. O presente estudo tem como objetivos (1) explorar a associação entre as experiências adversas obstétricas (e.g., cesariana de emergência/parto vaginal instrumentado, complicações obstétricas e fetais/neonatais e prematuridade) e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebê aos 2 meses após o parto; (2) explorar a associação entre os sintomas de PSPT-RNB e as dificuldades de envolvimento emocional entre a mãe e o bebê; e (3) explorar o papel mediador dos sintomas de PSPT-RNB na associação entre as experiências adversas obstétricas no parto e as dificuldades de envolvimento emocional da mãe com o bebê aos 2 meses após o parto. A amostra constituiu 283 participantes que se encontravam nos 2 meses após o parto, recrutadas em três hospitais públicos em Portugal. As participantes preencheram um questionário sociodemográfico e obstétrico para recolher informação sobre as experiências obstétricas e neonatais adversas e medidas de autorrelato para avaliar os sintomas de PSPT-RNB (City Birth Trauma Scale) e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê (Questionário de ligação ao bebê após o nascimento). A adversidade obstétrica e neonatal foi calculada através da presença do somatório da experiência de parto vaginal instrumentado ou cesariana de emergência, prematuridade e complicações obstétricas graves tanto na mãe como no bebê. Os resultados revelaram que (1) a adversidade obstétrica não se associa às dificuldades de envolvimento emocional da mãe-bebê; (2) os sintomas de negatividade e de evitamento estão associados a mais dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê; (3) os sintomas de negatividade e de reexperienciação mediarão a associação entre a adversidade obstétrica e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê. Providenciar cuidados de saúde mental perinatal a mulheres com experiências obstétricas e neonatais adversas pode contribuir para prevenir a emergência de sintomas de PSPT-RNB e dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê.

Palavras-Chave: adversidade obstétrica e neonatal , PSPT , envolvimento emocional

Abstract

For most women, childbirth can be considered a very positive experience desired in their life and can lead to important changes in their lives. Childbirth, such as changes in the woman's emotional and physical well-being, mood changes and can increase the perception of a traumatic birth in the mother and her baby, or even the lack of control with regard to the decisions that will be made. taken during childbirth by the medical team and of which the woman is not aware. Which often culminate in the emergence of post-traumatic stress symptoms associated with the birth of the baby. To prepare this study, a sample of 283 participants who were in the postpartum period, which corresponds to the period from 6 to 12 weeks, was collected. Recruitment was carried out in three Portuguese public hospitals. Participants completed the sociodemographic questionnaire and self-report measures to assess PTSD symptoms associated with the birth of the baby (PSPT-RNB) using the City Birth Trauma Scale (City BiTS), the Baby bonding questionnaire after birth (PBQ - Portuguese version) in order to assess the difficulties of the mother-baby relationship. Obstetric and neonatal adversity was calculated through sociodemographic questionnaires, PSPT symptoms associated with the baby's birth and occurrence of trauma. The main results were (1) a significant association between obstetric adversities and difficulties in the mother's emotional involvement with the baby (2) the presence of PSPT-RNB symptoms as a predictor of difficulties in emotional involvement and finally (3) the mediating role of PSPT-RNB symptoms in this relationship. The study revealed an advance at the literary level with regard to adverse obstetric experiences during childbirth and difficulties in the emotional involvement of the mother with the baby and thus ensuring that there is a safeguard in the future for the well-being of the mother and baby and in terms of symptoms of post-traumatic stress related to the birth of the baby, this study raises awareness of such occurrences so that in the future, in addition to maternal health, the focus will be on the baby's mental health.

Keywords: obstetric and neonatal adversity, PSPT, emotional involvement

Abreviaturas e Símbolos

APA-Associação Psiquiátrica Americana

PSPT- Perturbação do stress pós traumático

PSPT- RNB- Perturbação de stress pós- traumático-Relacionado ao nascimento do bebe

DSM -V (Manual de Diagnostico e Estatístico das Perturbações Mentais – 5ta edição)

PTMF- Power Threat Meaning Framework

%-Porcentagem

CTBS- city Birth scale

DP- Desvio Padrão

β - Coeficiente Beta

R^2 - R- quadrado

M- Média

Min.- Mínimo

Máx- Máximo

N- tamanho da amostra

n- numero de participantes por variável

p- valor de probabilidade

LL- limite mínimo

UL- limite máximo

Índice

Introdução	10
Método	12
Participantes	12
Procedimento	15
Medidas	16
<i>Informações sociodemográficas e obstétricas e de saúde mental</i>	16
<i>Dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebe</i>	16
<i>Sintomas de stress pós-traumático relacionado ao nascimento do bebê</i>	17
<i>Análise de dados</i>	18
Resultados	18
<i>Resultados preliminares</i>	18
<i>Associação entre as experiências adversas obstétricas no parto e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé aos 2 meses após o parto</i>	20
<i>Associação entre os sintomas de PSPT-RNB e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé aos 2 meses após o parto</i>	21
<i>O papel mediador dos sintomas de PSPT-RNB na associação entre as experiências adversas obstétricas no parto e as dificuldades de envolvimento emocional da mãe com o bebê aos 2 meses após o parto</i>	24
<i>Sintomas de hiperativação</i>	25
<i>Sintomas de negatividade</i>	26
<i>Sintomas de dissociação</i>	27
<i>Sintomas de reexperiência</i>	28
<i>Sintomas de evitamento</i>	29
Discussão	31
Referências	34

Índice de Tabelas

Tabela 1- Características sociodemográficas e obstétricas das participantes.....	13
Tabela 2-Estatística descritiva das variáveis em estudo	18
Tabela 3- Correlações das variáveis Principais.....	19
Tabela 4- Associação entre as experiências adversas obstétricas no parto e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebê durante os 2 meses após o parto.....	20
Tabela 5- associação entre os sintomas de PSPT- RNB (Perturbação de stress pós traumático-Relacionado ao nascimento do bebe) e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebê.....	22
Tabela 6-<i>Associação entre os sintomas específicos de PSPT- RNB e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebê</i>	23

Índice de Figuras

Figura 1- <i>Modelo de Mediação do papel mediador da PSPT na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebé.....</i>	<i>25</i>
Figura 2- <i>Modelo de Mediação do papel mediador da Hiperativação na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebé.....</i>	<i>26</i>
Figura 3- <i>Modelo de Mediação do papel mediador da negatividade na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebé.....</i>	<i>27</i>
Figura 4- <i>Modelo de Mediação do papel mediador da dissociação na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebé.....</i>	<i>28</i>
Figura 5- <i>Modelo de Mediação do papel mediador da reexperenciação na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebé.....</i>	<i>29</i>
Figura 6- <i>Modelo de Mediação do papel mediador do evitamento na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebé.....</i>	<i>30</i>

Introdução

Para a maioria das mulheres, o parto pode ser considerado uma experiência muito positiva desejada na vida da mulher que acarreta mudanças importantes na vida da mesma (Aune et al., 2015). Pode-se também verificar o contrário e ser considerado uma experiência traumática (Boorman et al., 2014). Estes eventos podem ser complicações que ocorrem durante o parto como é o caso de alterações no bem estar emocional e físico da mulher, alterações de humor e podem aumentar a perceção de um parto traumático na mãe ou até mesmo a falta de controlo no que diz respeito a decisões que serão tomadas durante o parto pela equipa médica e das quais não há o conhecimento por parte da mulher (Boorman et al., 2014).

Experienciar um parto traumático pode levar a que seja desenvolvida em algumas mulheres uma perturbação de stress pós-traumático (PSPT), relacionado com o nascimento do bebê (PSPT-RNB). Segundo o DSM -V, o evento traumático é caracterizado como sendo uma exposição a um evento real ou percebido que ameaça a vida, seja por exposição direta, testemunhando o evento ocorrido a outra pessoa, família ou amigos próximos ou experienciando uma exposição repetida ou extrema aos detalhes do evento traumático. Os sintomas que caracterizam a PSPT são a revivência de pesadelos sobre o mesmo nomeadamente quando ocorre um parto prematuro ou um aborto espontâneo, *flashbacks* do evento traumático, evitamento persistente (nomeadamente o medo de engravidar novamente), amnesia para o evento do trauma e por fim a hiperativação (Olde et al., 2006; American Psychiatric Association, 2013). As experiências adversas durante o parto levam a que a mulher considere este como sendo uma ameaça à sua vida e desenvolva medo do mesmo, embora alguns fatores como experiências traumáticas vivenciadas antes da gravidez possam também ser preditores de tal ocorrência (Garthus et al., 2013). As experiências traumáticas possuem outras consequências para além das mencionadas anteriormente, como é o caso, do medo de futuras gestações, comprometimento infantil ao nível do desenvolvimento deste e por fim alterações no envolvimento emocional mãe-bebé (Simpson & Catling, 2016). Para além da mãe-bebe, os sintomas de stress pós-traumático envolvem-se de forma negativa nas relações com os sistemas circundantes a estes como é o caso da família (Simpson & Catling, 2016).

Durante o parto, podem ocorrer vários eventos que podem ser experiências obstétricas adversas. Tanto o parto vaginal assistido por fórceps como o parto vaginal assistido por vácuo possuem riscos tanto para a mãe como para a criança, uma vez que se encontram associados a potenciais danos físicos (Viirman et al., 2023). A cesariana de emergência pode ser uma

experiência adversa dado que esta apresenta vários riscos para a saúde materna e da criança, nomeadamente hemorragia pós-parto, trombose e pneumonia. No que diz respeito ao bebê, este tipo de procedimento pode levar a um aumento da frequência cardíaca e ainda prolapso do cordão umbilical (Grabarz et al., 2021).

O parto prematuro, parto antes das 37 semanas de gestação, é um dos problemas de saúde pública a nível global (Gökçe et al., 2023). Este é considerado um evento muito stressante, uma vez que está associado a problemas respiratórios, hipotermia, problemas de alimentação e infeções no bebê que podem levar a internamento numa unidade de cuidados intensivos (Pinar & Erbababa, 2020). No que diz respeito à mãe, o parto prematuro associa-se a sentimentos negativos como sentimentos de culpa, sofrimento, fraqueza, stress, frustração, depressão e perda de controlo (Pinar & Erbababa, 2020). As complicações obstétricas e fetais/neonatais podem ocorrer durante a gravidez, trabalho de parto, parto e o período neonatal precoce e podem ser preditores de ocorrência de perturbações mentais relacionadas ao nascimento (Jablensky et al., 2005).

As experiências obstétricas adversas durante o parto podem levar a dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê. O envolvimento emocional mãe-bebê define-se como uma preocupação materna primária que ocorre da vinculação existente e que se constrói através do processo de gravidez até ao parto (Kennell et al., 1979). O envolvimento emocional mãe-bebê é impulsionado pelo sistema neurobiológico da mãe nomeadamente pelas alterações hormonais que ocorrem durante gravidez como é o caso da produção elevada de cortisol e progesterona durante a gravidez, seguidos do seu declínio no nascimento para além da existência dos aspetos psicológicos (Figueiredo et al., 2009). Este envolvimento desenvolve-se ao longo do tempo de forma inicial, quase inexistente, mas ao longo do contacto estabelecido vai desenvolver-se logo durante o pós-parto (Figueiredo et al., 2009). Vários fatores contribuem para o desenvolvimento do envolvimento emocional mãe-bebê, como é o caso do choro do bebê, as expressões que o mesmo faz quando a mãe entra em contacto com ele e até mesmo o contacto visual estabelecido entre ambos (Taylor et al., 2005). O envolvimento emocional estabelecido entre a mãe e o recém-nascido, como anteriormente mencionado, pode não acontecer de imediato, uma vez que, muitas mães têm dificuldades em lidar com o seu bebê logo após o nascimento. Esta dificuldade em desenvolver um vínculo com o seu bebê pode estar relacionada com fatores desencadeados no parto, como é o caso das experiências adversas obstétricas durante o parto e os sintomas de PSPT associados (Figueiredo et al., 2009).

A Perturbação de stress pós-traumático relacionada com o parto esta associada a dificuldades de envolvimento emocional mãe- bebé (Ayers et al., 2006). Após o parto o desenvolvimento de PSPT é comum, e com o aparecimento desta perturbação o envolvimento mãe-bebe pode ser afetado, uma vez que inicialmente as mães podem apresentar sentimentos de rejeição face ao seu bebé (Ayers et al., 2006). Os estudos mostram que tanto as experiências obstétricas adversas como os sintomas de PSPT relacionados com o nascimento do bebé se associam a dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé. Assim, testar o papel mediador dos sintomas pós-traumáticos e como relacionam-se ao nascimento do bebé na associação entre as experiências adversas no parto e as diferenças do envolvimento emocional da mãe com o bebé pois a literatura até ao estudo encontrada prevê inúmeros artigos relacionados apenas com o vínculo emocional sendo diferente de envolvimento emocional.

O presente estudo pretende após se verificar a existência de lacunas na investigação no que diz respeito as adversidades obstétricas e ao parto traumático.

Face ao referido o presente estudo é inovador pois aborda a temática em questão anexando a perturbação de stress pós-traumático , que se encontra interligada aos mesmos.

Tendo em conta a literatura, o presente estudo tem como objetivo geral a associação das adversidades obstétricas adversas no parto com as dificuldades de envolvimento emocional mãe bebé e teve como objetivos específicos : (1) explorar a associação entre as experiências adversas obstétricas (e.g., cesariana de emergência/parto vaginal instrumentado, complicações obstétricas e fetais/neonatais e prematuridade) e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebé aos 2 meses após o parto; (2) explorar a associação entre os sintomas de PSPT-RNB e as dificuldades de envolvimento emocional entre a mãe e o bebé; e (3) explorar o papel mediador dos sintomas de PSPT-RNB na associação entre as experiências adversas obstétricas no parto e as dificuldades de envolvimento emocional da mãe com o bebé aos 2 meses após o parto.

Método

Participantes

O presente estudo tem uma amostra de 283 mulheres. As participantes apresentaram idades compreendidas entre os 20 e os 45 anos ($M = 33.47$; $DP = 5.20$). A maior parte das mulheres reportou ser casada ou viver em união de facto (73.9%), identificava-se como fazendo parte da maioria étnica (84.8%), nasceu em Portugal (83,7%) e reside na área urbana (89.2%).

Mais de metade frequentou o ensino superior (67.1%) e encontrava-se na média do nível socioeconómico (68.2%). Ao nível de problemas de saúde mental, cerca de 75.3% dos indivíduos reportaram não possuir problemas mentais prévios (59.6%) e não ter experienciado nenhum trauma prévio (74.2%). Mais de metade das participantes foram submetidas a um parto vaginal ou cesariana eletiva (64.3%). Uma descrição mais detalhada das características sociodemográficas encontra-se na Tabela 1.

Tabela 4

Características sociodemográficas e obstétricas das participantes

Características	N	%
Estado civil		
Casada/União de facto	209	73.9
Vive com o companheiro (a)	58	20.5
Tem companheiro(a) mas não vivem juntos (as)	6	2.1
Não tem companheiro	6	2.1
Separada/ divorciada	1	.4
Missing	0	0
Etnia		
Maioria étnica	240	85.1
Minoria étnica	5	1.8
Não tenho certeza	30	10.6
Missings	8	2.9
Nasceu em Portugal		
Não	46	16.3
Sim	237	83.7
Missing	0	0
Área de residência		
Área urbana	248	87.6
Areal rural	30	10.6
Missing	0	0
Escolaridade		

Ensino secundário	93	32.9
Ensino superior	190	67.1
Missing	0	0
Estatuto socioeconómico		
Abaixo da média	19	6.7
Na média	193	68.2
Acima da média	64	22.6
Missings	7	2.5
Tipo de parto		
Parto Vaginal/ Cesariana eletiva	182	64.3
Cesariana de emergência /Parto vaginal instrumentado	101	35.7
Missing	0	0
Complicações obstétricas graves		
Não	183	64.7
Sim complicações ligeiras	78	27.6
Sim complicações graves	22	7.8
Missing	0	0
Complicações médicas fetais/neonatais		
Não	231	81.6
Sim complicações ligeiras	39	13.8
Sim complicações graves	13	4.6
Missing	0	0
Semanas de gestação		
< 37 semanas	27	9.5
≥ 37 semanas	256	90.5
Missing	0	0
Amamentação exclusiva		
Não	119	42.0
Sim	164	58.0
Missing	0	0

Paridade		
Primíparas	130	45.9
Múltiparas	152	53.7
Missings	1	0.4
Problemas de saúde mental		
prévios		
Não	210	74.2
Sim	69	24.4
Missings	4	1.4
Traumas prévios		
Não	164	39.2
Sim	111	58.0
Missings	8	2.8

Procedimento

O presente estudo encontra-se integrado numa coorte longitudinal inserida no projeto internacional INTERSECT (*INTERNATIONAL SURVEY OF CHILDBIRTH-RELATED TRAUMA*) (Ref. 2022.01825.PTDC) envolvendo 45 países, tendo como objetivo principal o estudo do trauma relacionado com o parto. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Ciência (CEDIC) da Universidade Lusófona de Lisboa de Humanidades e Tecnologias (ULHT) (Ref. RC000121), bem como as respetivas comissões de ética do Centro Hospitalar Universitário de São João (Ref. CES CHUSJ: 279/2022), localizado no Porto, a Maternidade Alfredo da Costa (Ref. 1317/2022), localizada em Lisboa. O contacto inicial com as participantes ocorreu no 3º trimestre de gravidez ou no internamento pós-parto do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Universitário de São João e da Unidade de Alto Risco da Maternidade Alfredo da Costa. A abordagem à grávida consistiu na apresentação do estudo, os objetivos e o procedimento do mesmo convidando posteriormente a grávida à participação do mesmo.

A coorte longitudinal tem quatro momentos de avaliação: (1) o 3º trimestre de gravidez que corresponde ao momento entre as 28-32 semanas gestacionais; (2) 2 meses após o parto que corresponde ao momento entre as 6-12 semanas pós -parto; (3) 6 meses após o parto que corresponde ao momento entre as 20-24 semanas pós-parto e por ultimo; (4) os 12 meses após o parto, que corresponde ao momento entre as 48-52 semanas pós-parto. O presente

estudo apresenta um desenho transversal onde a subamostra é avaliada apenas nos 2 meses após o parto e os quais os critérios de inclusão para a participação no mesmo é o ser do sexo feminino com idade superior aos 18 anos, residentes de Portugal e que conseguiram compreender a língua portuguesa. Outro dos critérios de inclusão do presente estudo foram encontrar-se no momento de avaliação aos 2 meses após o parto, terem preenchido o questionário referente aos sintomas de stress pós-traumático associados ao nascimento, ter companheiro e uma gestação única.

Medidas

Informações sociodemográficas e obstétricas e de saúde mental

As informações sociodemográficas, obstétricas e relacionadas com a saúde mental foram obtidas através de um questionário sociodemográfico que incluiu questões referentes à idade, estado civil, companheiro, etnia, residência e escolaridade, condições socioeconómicas, amamentação do bebé, paridade e problemas de saúde mental prévios.

Experiências obstétricas adversas

Para calcular as experiências obstétricas adversas obstétricas foram utilizadas algumas questões do questionário sociodemográfico. Esta variável é considerada como sendo um somatório da presença de um compósito de variáveis tipo de parto das quais fazem parte situações como ter parto um vaginal instrumentado ou uma cesariana de emergência, ter experienciado a prematuridade (calculada através de quantas semanas de gravidez se encontravam aquando do nascimento do bebé , sendo que o mesmo só é considerado prematuro se o parto do mesmo ocorreu antes das 37 semanas de gestação) e a existência de complicações obstétricas graves tanto na mãe como no bebé.

Dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé

Foi utilizado a versão portuguesa do Questionário de Ligação Bebé após o Nascimento (PBQ) (Narazé et al., 2012), versão original de Brockington et al., (2001) para avaliar as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé. Este questionário consiste numa escala de autorrelato com 12 itens respondidos numa escala tipo Likert de 6 pontos (0 = sempre 5 = nunca) e tem como objetivo avaliar as dificuldades na relação mãe-bebé (e.g., “Sinto-me próxima do meu bebé. A soma do questionário é composta pelo somatório destes itens de modo que tenham correspondência com o total da escala de modo a fornecer uma pontuação geral. Esta pontuação engloba e reflete a forma como o envolvimento emocional e cognitivo da mãe se reflete no bebé, ou seja, quanto maior for a pontuação existente no total dos itens maior será

a dificuldade deste envolvimento emocional. A versão portuguesa do instrumento é composta por 4 subescalas adicionais das quais: (1) distanciamento emocional em relação ao bebê; (2) frustração na interação com o bebê; (3) rejeição do bebê e (4) agressividade com o bebê. No que diz respeito à sua consistência interna, a versão original possui uma boa consistência interna ($\alpha = .75$) tal como a versão portuguesa ($\alpha = .71$). Neste presente estudo a consistência interna apresentou ser questionável ($\alpha = .62$).

Sintomas de stress pós-traumático relacionado ao nascimento do bebê

A *City Birth Trauma Scale* (City BiTS) foi utilizada para avaliar os sintomas de PSPT-RNB. Esta é uma escala que foi desenvolvida por Ayers e colaboradores (2018) que tem como objetivo a avaliação da ocorrência de PSPT nas mulheres durante o período de pós-parto. É uma escala composta por 29 questões relacionadas com os critérios que fazem parte do DSM-V e por 2 questões que se encontram relacionadas com os critérios que fazem parte do DSM-IV. No total os 31 itens que fazem parte desta escala encontram-se subdivididos em cinco grupos de sintomas (reexperiênciação, evitamento, cognições, humor e negatividade são classificados de acordo com a sua frequência na última semana) sendo que quatro grupos estão associados aos sintomas gerais nomeadamente os itens 5, 2, 6 e 7 e o outro grupo associado ao critério do DSM-IV nomeadamente o item 2.

Para a cotação destes sintomas são utilizados uma escala que varia de 0 (nenhum) a 3 (5 ou mais vezes). No que diz respeito aos critérios de diagnósticos os itens A da escala pontuam referentes a sim/não. No que se refere a angústia, incapacidade e potenciais causas físicas pontuam como sim/não/talvez. O score total da pontuação dos sintomas de PSPT em mulheres é possível obter através da soma dos itens dos diferentes grupos e tem como variação de pontuação de 0 a 60. Quanto mais elevado for o resultado obtido desta soma maior severidade os sintomas de PSPT. No que se refere a consistência interna da escala a mesma apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .92$) e boas correlações inter-item ($r = .30 - .63$) (Ayers et al., 2018). No que diz respeito à versão portuguesa, esta encontra-se em curso. No presente estudo, a escala ao nível de consistência interna total apresentou ser muito boa ($\alpha = .89$), como também as suas subescalas de Dissociação ($\alpha = .80$), Hiperativação ($\alpha = .82$), Negatividade ($\alpha = .73$), Evitamento ($\alpha = .82$) e Reexperiênciação ($\alpha = .81$).

Análise de dados

As características sociodemográficas, obstétricas e relacionadas com a saúde mental foram descritas com análises descritivas. Foram realizadas análises de correlações de Pearson para analisar a associação entre as características sociodemográficas, obstétricas e relacionadas com a saúde mental e as variáveis principais do estudo para identificar potenciais covariáveis. Seguidamente utilizou-se as correlações de Pearson para analisar associações entre as variáveis principais do estudo. Para analisar o objetivo 1 que corresponde a associação entre as experiências adversas obstétricas (e.g., cesariana de emergência/ parto vaginal instrumentado, complicações obstétricas e fetais/neonatais, e prematuridade) e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebê aos 2 meses após o parto utilizou-se uma regressão linear múltipla. No modelo foram utilizados 2 blocos sendo que no primeiro bloco foi introduzido as adversidades obstétricas e no segundo bloco as covariáveis. Para analisar o objetivo 2 referente à associação entre os sintomas de PSPT-RNB e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebê utilizou-se uma regressão linear múltipla. No modelo foram utilizados 2 blocos, sendo que no primeiro bloco foi introduzido a variável independente (sintomas de stress pós-traumático) e no segundo bloco foram introduzidas as características sociodemográficas e obstétricas que demonstraram ser significativamente associadas à variável dependente (envolvimento emocional mãe-bebé) nomeadamente o trauma prévio e a paridade. Para analisar o papel mediador dos sintomas de PSPT-RNB (variável mediadora) na associação entre as experiências adversas obstétricas no parto (variável independente) e as dificuldades de envolvimento emocional da mãe com o bebê aos 2 meses após o parto (variável dependente) foi testado um modelo de mediação com recurso a uma ferramenta complementar do *IBM SPSS* - o *PROCESS Macro* (Modelo 4; Hayes, 2013) onde os sintomas globais de PSPT-RNB e os sintomas de dissociação, hiperativação, negatividade, evitamento e reexperienciação foram introduzidos separadamente, culminando num total de seis modelos de mediação testados. Os efeitos foram interpretados com base num intervalo de confiança de 95% no qual são considerados significativos se não estiverem no seu intervalo de máximos e mínimos 0.

Resultados

Resultados preliminares

As estatísticas descritivas das variáveis principais do estudo estão apresentadas na Tabela 2. Foi possível verificar a existência de associação nas variáveis do estudo em função das variáveis denominadas sociodemográficas, obstétricas e de saúde mental das participantes. As participantes primíparas demonstraram reportar em comparação às múltiparas um nível de

adversidade obstétrica e neonatal muito menor ($r = .19, p < .001$). É possível reportar também que a reexperienciação encontra-se associada a um nível de adversidade obstétrica e neonatal ($r = .25, p < .001$). No que diz respeito aos sintomas de PSPT-RNB associados ao nascimento, as participantes que possuíram problemas de saúde mental prévios apresentaram maior severidade de sintomas de PSPT-RNB. As restantes variáveis que fazem parte do estudo não apresentaram após a sua análise diferenças significativas face às variáveis sociodemográficas analisadas.

Tabela 5

Estatística descritiva das variáveis em estudo

Variável	n	M	DP	Min.	Máx	%
Adversidade obstétrica e neonatal	283					
Não		158				55.8
Sim		93				32.9
Sintomas totais de PSPT-RNB	283	2.59	4.80	0.0	24	
Dissociação	283	0.52	1.17	0.0	6	
Hiper ativação	283	4.51	4.06	0.0	18	
Negatividade	283	3.05	3.59	0.0	17	
Evitamento	283	.342	1.14	0.0	6	
Reexperienciação	283	1.47	2.63	0.0	15	
Dificuldades envolvimento emocional mãe-bebé	134	.670	2.67	0.42	2.08	

Tabela 6

Correlações entre as variáveis principais do estudo

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Adversidade obstétrica e neonatal		.26**	.05	0.48	.14*	.19*	.25**	-.11

2. Sintomas totais de PSPT associados ao nascimento do bebê	.28**	.32**	.60**	.84**	.95**	-.02
3. Dissociação		.57**	.60**	.16**	.31**	.10
4. Hiperativação			.67**	.25**	.33**	.29**
5. Negatividade				.43**	.55*	.14
6. Evitamento					.73**	-.05
7. Reexperenciação						.01
8. Dificuldades de desenvolvimento emocional mãe-bebê						

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, ***

Associação entre as experiências adversas obstétricas no parto e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê aos 2 meses após o parto

O modelo final, ajustado para as covariáveis, é significativo e explica 10,6% das dificuldades no envolvimento emocional mãe- bebê ($R^2 = .083$, $F(1,270) = 5.06$, $p < .00$). Verifica-se que adversidade obstétrica e neonatal não se encontra associada às dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê ($\beta = -.097$, $EP = .026$, $p = .100$) (ver Tabela 4).

Tabela 4

Associação entre as experiências adversas obstétricas no parto e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebê aos 2 meses após o parto

Variável	B	β	EP	T	p
Modelo 1					
Adversidade obstétrica e neonatal	-.034	-.076	.027	-1.27	.20
Modelo 2					
Adversidade	-.043	-.097	.026	-1.65	.10

obstétrica e neonatal no pós-parto					
Idade	.009	.143	.004	2.24	.03
Escolaridade	.050	.070	.046	1.086	.279
Rendimento	.061	.132	.028	2.193	.029
Paridade	-.071	-.106	.041	-1.708	.0889
Problemas de saúde mental prévios	.085	.111	.045	1.899	.059
Amamentação exclusiva	-.096	-.142	.039	-2.439	.015

Associação entre os sintomas de PSPT-RNB e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé aos 2 meses após o parto

O bloco 1 indica que a correlação existente entre os preditores e a variável dependente (PSPT-RNB) é de 0,6% da variância das dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé, o que leva a sugerir que esta variável por si só não é um bom preditor das dificuldades de envolvimento parental e que através desta relação ($R^2 = .006$, $F(1,269) = 1.564$, $p = 0.21$), seja possível demonstrar que o modelo existente não é um preditor significativo de PSPT pós nascimento. O bloco 2 apresenta uma variância de 10,5% das dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé, demonstrando comparativamente ao primeiro modelo que a existência de fatores adicionais vão levar a um impacto significativo e que através desta relação ($R^2 = .158$, $F(5,264) = 4.9$, $p < 0.001$) face ao observado é possível verificar que o segundo modelo explica mais 9.9% da variância na PSPT em relação ao modelo anteriormente explicado, sendo

o segundo modelo estatisticamente significativo, uma vez que, o mesmo inclui preditores adicionais (idade, amamentação, rendimento familiar , traumas prévios). No que diz respeito à relação existente entre os sintomas PSPT- RNB e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebé, o bloco 2 refere que os sintomas de PSPT-RNB não estão associados às dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé, ($\beta= 0.08$, EP = .004 e o p =.212).

Tabela 5

Associação entre os sintomas globais de PSPT-RNB e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebé

Variável	B	β	EP	R ²	ΔR^2
Bloco 1					
Sintomas globais de PSPT-RNB	-.739		.023	31.961	.000
Bloco 2					
Sintomas globais de PSPT-RNB	.006	.093	.004	1.535	.126
Idade	.009	.137	.004	2.186	.030
Escolaridade	.054	.076	.047	1.161	.247
Rendimento	.074	.148	.031	2.399	.017
Paridade	.091	.117	.047	1.931	.055
Problemas de saúde mental prévios	-.053	-.078	.041	-1.293	.197

Amamentação exclusiva	-.098	-.145	.040	-2.454	.015
--------------------------	-------	-------	------	--------	------

Tabela 6

Associação entre os sintomas específicos de PSPT-RNB e as dificuldades de envolvimento emocional mãe com o bebê

Variável	B	β	EP	T	Sig
Modelo 1					
Dissociação	.01	.03	.02	.44	.66
Hiperativação	.02	.21	.01	3.74	.00
Negatividade	.01	.15	.01	1.57	.12
Evitamento	.02	.08	.02	.98	.33
Reexperienciação	-.02	-.17	.01	-1.89	.06
Modelo 2					
Dissociação	.14	0.5	.02	.79	.43
Hiperativação	.01	.23	.01	.61	.54
Negatividade	.02	.19	.01	2.96	.00
Evitamento	.02	.08	.02	2.15	.03
Reexperienciação	.02	-1.45	.01	1.01	.03
Idade	-.02	.16	.00	-1.64	.31
Escolaridade	-.01	.03	.04	2.51	.10
Rendimento	.02	.15	.03	.56	.01
Etnia	.07	-.02	.03	2.50	.77
Problemas de saúde mental prévios	-.01	.02	.06	-.29	.69
Trauma previo	-.09	-.12	.04	-2.01	.04
Amamentação	-.09	-.13	.04	-2.31	.022

Associação entre os sintomas específicos de PSPT-RNB e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê

No bloco 1, os sintomas de hiperativação apresentaram uma associação positiva e significativa ($B = 0.02$, $\beta = 0.21$, $EP = 0.01$, $T = 3.74$, $p < 0.001$), sugerindo que maiores níveis de hiperativação estão associados a mais dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê. Não se verificou associação significativa entre os restantes sintomas e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê (ver tabela 6).

No bloco 2, onde foram incluídas as covariáveis, a hiperativação já não revelou associação significativa ($B=0.01$, $\beta = 0.23$, $EP = 0.01$, $T = 0.61$, $p = 0.54$). Em contraste, encontrou-se associação significativa com os sintomas de negatividade ($B = 0.02$, $\beta = 0.19$, $EP = 0.01$, $T = 2.96$, $p = 0.00$), indicando que maiores níveis de negatividade estão associados a mais dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê. Encontrou-se associação significativa com os sintomas de evitamento, indicando que maiores níveis de evitamento estão associados a mais dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê ($B = 0.02$, $\beta = 0.08$, $EP = 0.02$, $T = 2.15$, $p = 0.03$). A dissociação continuou sem associação significativa ($B = 0.14$, $\beta = 0.05$, $EP = 0.02$, $T = 0.79$, $p = 0.43$). A reexperienciação apresentou um coeficiente de 0.02 ($\beta = -1.45$, $EP = 0.01$, $T = 1.01$, $p = 0.03$), indicando que a reexperienciação não se associa às dificuldades de envolvimento emocional (ver tabela 6).

O papel mediador dos sintomas de PSPT-RNB na associação entre as experiências adversas obstétricas no parto e as dificuldades de envolvimento emocional da mãe com o bebê aos 2 meses após o parto

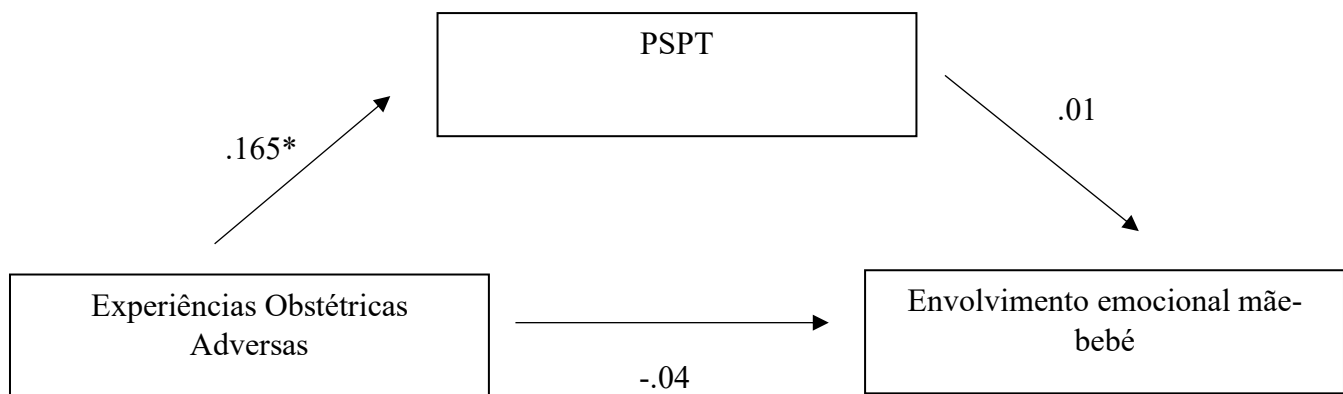
Sintomas globais de PSPT-RNB

As experiências obstétricas adversas não se associaram significativamente com o envolvimento emocional mãe-bebê, $b = -.04$, $SE = .03$, $CI [-0.09, 0.01]$. As experiências obstétricas adversas mostraram-se significativamente e positivamente associadas aos sintomas de PSPT-RNB, $b = 1.65$, $SE = .38$, $CI [0.91, 2.39]$. As experiências obstétricas adversas explicaram 7% da variância dos sintomas de PSPT-RNB, $F(4, 278) = 5.60$, $p < .001$.

Os sintomas de PSPT não se associaram significativamente com as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê, $b = .01$, $SE = .00$, $CI [-0.00, 0.02]$. As experiências obstétricas adversas e a PSPT explicaram 10% da variância das dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê, $F(5, 277) = 5.81$, $p < .001$. O efeito indireto dos sintomas de PSPT-RNB na associação entre as experiências obstétricas adversas e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê não foi significativo, $b = .01$, $SE = .01$, $CI [-0.00, 0.03]$ (ver Figura 1).

Figura 1

Modelo de Mediação do papel mediador da PSPT na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebê

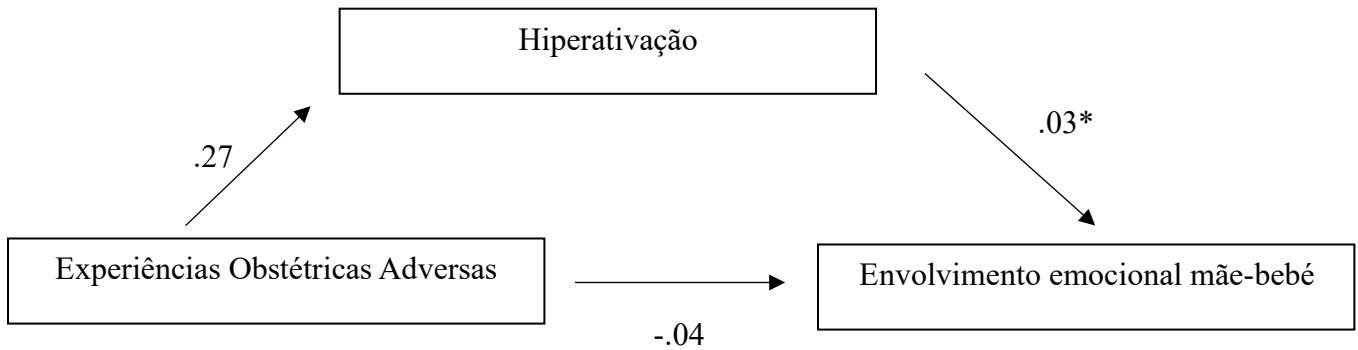


Sintomas de hiperativação

As experiências obstétricas adversas não se associaram significativamente com as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê, $b = -.04$, $SE = .03$, $CI [-0.09, 0.01]$. As experiências obstétricas adversas não se associaram significativamente com os sintomas de hiperativação, $b = .27$, $SE = .33$, $CI [-0.38, 0.92]$. O modelo ajustado às variáveis, com as experiências obstétricas adversas a não explicarem a variância dos sintomas de hiperativação, $F(4, 278) = 0.33$, $p > .05$. Os sintomas de hiperativação associaram-se significativamente e positivamente com as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê, $b = .03$, $SE = .00$, $CI [0.02, 0.04]$. As experiências obstétricas adversas e os sintomas de evitamento explicaram 22% da variância das dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê, $F(5, 277) = 15.62$, $p < .001$. O efeito indireto dos sintomas de hiperativação na associação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebê não foi significativo, $b = .01$, $SE = .01$, $CI [-0.01, 0.03]$ (ver Figura 2).

Figura 2

Modelo de Mediação do papel mediador da Hiperativação na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebê

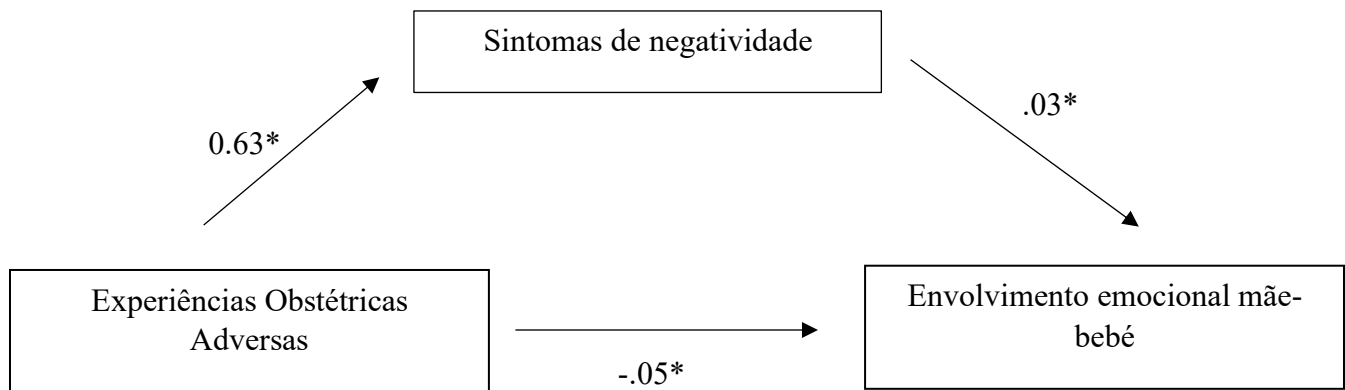


Sinotmas de negatividade

Verificou-se uma associação entre as experiências obstétricas adversas e os sintomas de negatividade ($b = 0.635$, 95% CI [0.0705,1.2005], $t(278) = 2.21$, $p = 0.02$) tendo assim um modelo que explica 3,05% da variância ($R^2 = 0.03$)[$F(4,278)=2.188$, $p=0.071$ $p = 0.071$]. Verificou-se também que a negatividade se associou às dificuldades de envolvimento emocional entre mãe-bebê ($b = 0.0310$, 95% CI [0.0210,0.0409], $t(277) = 6.138$, $p < 0.001$). As experiências obstétricas adversas estão associadas a mais dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê ($b = -0.0567$, 95% CI [-0.1047,-0.0088], $t(277)=-2.329$, $p=0.021$). O modelo demonstrou ser significativo a explicar 19.25% da variância no envolvimento emocional entre mãe-bebê ($R^2 = 0.192$, $F(5,277) = 13.20$, $p < 0.001$). Relativamente ao efeito indireto das experiências obstétricas adversas no envolvimento emocional mãe-bebê a partir dos sintomas de negatividade, este demonstrou ser significativo ($b = 0.01$, 95% CI [0.0033, 0.0416]), indicando assim que os sintomas de negatividade medeiam parcialmente a relação entre as experiências obstétricas adversas e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê (ver Figura 3).

Figura 3

Modelo de Mediação do papel mediador da negatividade na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebê



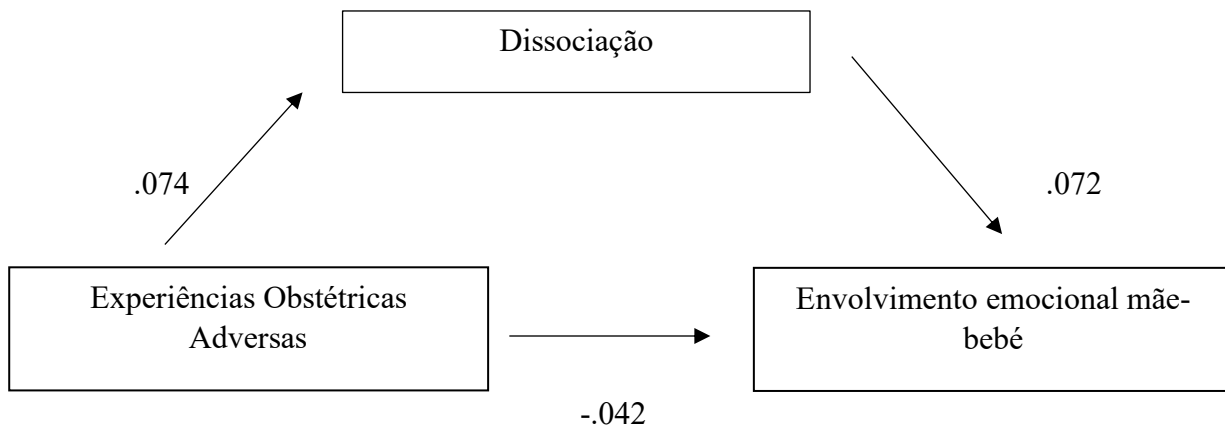
Sinotmas de dissociação

Verificou-se que as experiências obstétricas adversas não estão associadas aos sintomas de dissociação ($b = 0.07$, 95% CI [-0.1115, 0.2606] $t(278) = 0.789$, $p = 0.431$). O modelo explica 1.35% da variância ($R^2 = 0.0135$), não sendo estatisticamente significativo [$F(4,278) = 0.952$, $p = 0.435$]. Relativamente ao efeito direto das experiências obstétricas adversas e da dissociação no envolvimento emocional entre mãe-bebê, verificou-se que a dissociação está associada às dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê ($b = 0.07$, 95% CI [0.0412, 0.1032], $t(277) = 4.588$, $p < 0.001$). As experiências obstétricas adversas demonstraram estar associadas ($b = -0.042$, 95% CI [-0.0913, 0.0065], $t(277) = -1.708$, $p = 0.089$). O modelo foi significativo, explicando 14.74% da variância do envolvimento emocional entre mãe-bebê ($R^2 = 0.1474$, $F(5,277) = 9.577$, $p < 0.001$).

O efeito indireto demonstrou resultados não significativos ($b = 0.005$, 95% CI [-0.0080, 0.0221]), não havendo assim mediação significativa da dissociação na relação entre experiências obstétricas adversas e envolvimento emocional entre mãe-bebê (ver Figura 4).

Figura 4

Modelo de Mediação do papel mediador da dissociação na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebê

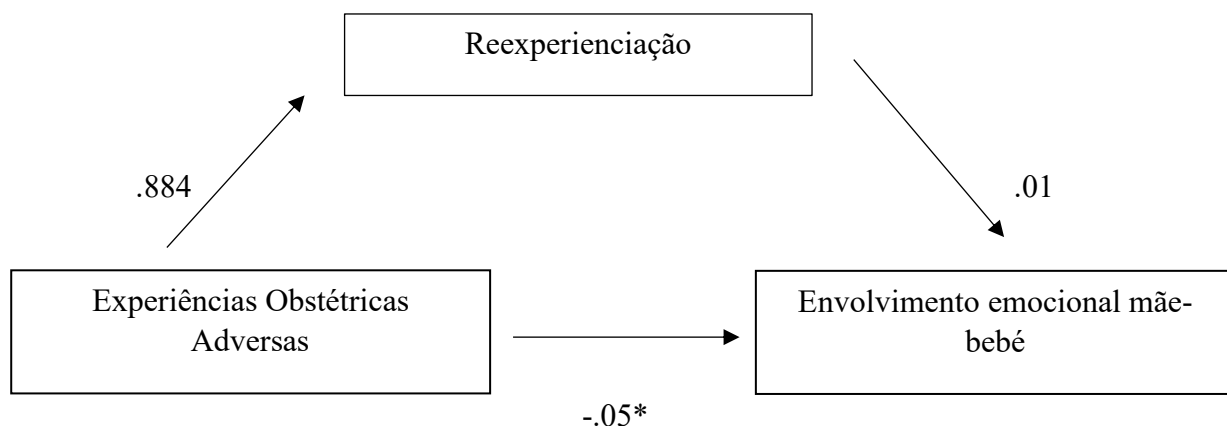


Sintomas de reexperienciação

A análise revelou uma associação entre as experiências obstétricas adversas e os sintomas de reexperienciação, com $b = 0.8845$, $SE = 0.2057$, $t(278) = 4.2993$, $p < .001$, IC 95% [0.4795, 1.2895], indicando assim que níveis mais altos de adversidade estão associados a mais sintomas de reexperienciação. O efeito total das experiências obstétricas adversas sobre envolvimento emocional mãe-bebê não foi estatisticamente significativo, $b = -0.0370$, $SE = 0.0257$, $t(278) = -1.4421$, $p = .1504$, IC 95% [-0.0876, 0.0135]. O efeito direto das experiências obstétricas adversas sobre envolvimento emocional mãe-bebê foi marginalmente significativo, $b = -0.0506$, $SE = 0.0264$, $t(277) = -1.9198$, $p = .0559$, IC 95% [-0.1025, 0.0013]. A análise demonstrou também um efeito indireto significativo das experiências obstétricas adversas sobre as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê através da reexperienciação, ($b = 0.0136$, $SE = 0.0082$, IC 95% [0.0001, 0.0324]). Desta forma a reexperienciação medeia a associação entre as experiências obstétricas adversas e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê, sugerindo que níveis mais altos de adversidade podem aumentar a reexperienciação, o que, por sua vez, influencia positivamente o envolvimento emocional (ver Figura 5).

Figura 5

Modelo de Mediação do papel mediador da reexperiência na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebê

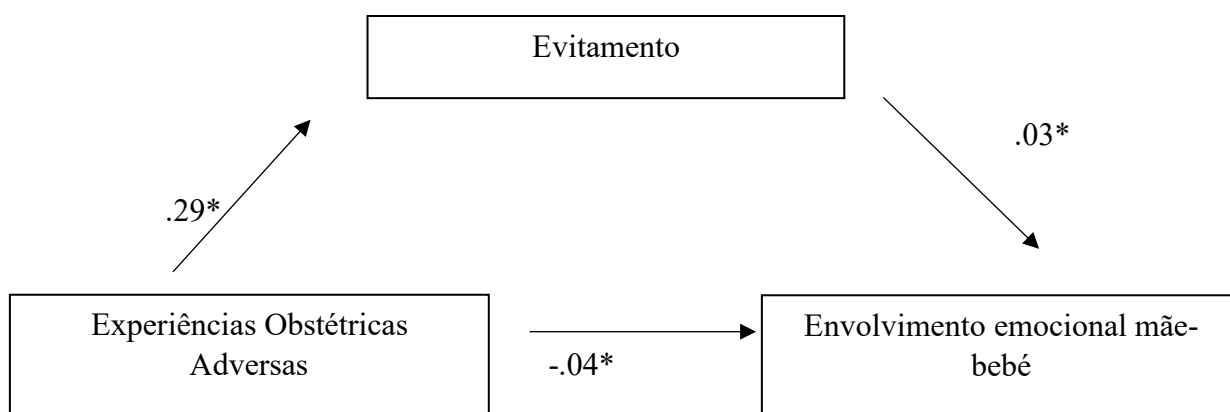


Sintomas de evitamento

Encontrou-se uma associação entre as experiências obstétricas adversas e os sintomas de evitamento ($b = .292$, $SE = .091$, $t(278) = 3.21$, $p < .001$, 95% CI [0.1135, 0.4719]). Estes resultados sugerem que mais experiências obstétricas adversas estão associadas a maiores níveis de evitamento. Em contraste, verificou-se um efeito não significativo das experiências obstétricas adversas nas dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê ($b = -.047$, $SE = .026$, $t(277) = -1.83$, $p = .68$, 95% CI [-0.0988, 0.0036]). Relativamente aos efeitos indiretos, verificou-se que as experiências obstétricas adversas não têm um efeito indireto significativo nas dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê através do evitamento ($b = -.047$, $SE = .026$, $t(277) = -1.83$, $p = .068$, 95% CI [-0.0988, .0036]) (ver Figura 6).

Figura 6

Modelo de Mediação do papel mediador do evitamento na relação entre as experiências obstétricas adversas e o envolvimento emocional mãe-bebê



Discussão

O presente estudo teve como objetivo geral a análise da relação entre as experiências obstétricas, sintomas de PSPT relacionados ao nascimento (PSPT-RNB) e as dificuldades de envolvimento emocional da mãe com o bebê aos 2 meses após o parto. Os resultados obtidos demonstraram que adversidade obstétrica e neonatal não se encontra associada às dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê, a presença de sintomas de PSPT-RNB como preditor das dificuldades de envolvimento emocional e um papel mediador dos sintomas de PSPT-RNB nesta relação.

Relativamente ao primeiro objetivo, os resultados obtidos confirmaram que as experiências adversas durante o parto estão não significativamente associados a dificuldades no envolvimento emocional da mãe com o bebê. Estes resultados vão de acordo com a literatura, uma vez que os traumas que os momentos do parto podem ocorrer irão influenciar a capacidade da mãe se envolver emocionalmente com o bebê (Boorman et al., 2014).

O segundo objetivo também foi confirmado. Os sintomas de negatividade e de evitamento estão associados a mais dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê. Os resultados vão ao encontro da literatura, uma vez que o envolvimento emocional mãe-bebê é impulsionado pelo sistema neurobiológico da mãe nomeadamente pelas alterações hormonais que ocorrem durante gravidez como é o caso da produção elevada de cortisol e progesterona durante a gravidez, seguidos do seu declínio no nascimento para além da existência dos aspetos psicológicos (Figueiredo et al., 2009). Este envolvimento desenvolve-se ao longo do tempo de forma inicial, quase inexistente, mas ao longo do contacto estabelecido vai desenvolver-se logo durante o pós-parto (Figueiredo et al., 2009).

O terceiro objetivo, o papel mediador dos sintomas de PSPT-RNB na associação entre as dificuldades envolvimento emocional e experiências adversas obstétricas foi parcialmente confirmada. A mediação foi encontrada com em três subescalas negatividade, evitamento e reexperienciação que medeiam parcialmente a relação entre as experiências obstétricas adversas

e as dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebé. Este facto leva a que as adversidades obstétricas e neonatais não se associem de forma direta com as dificuldades de envolvimento emocional quando as mulheres desenvolvem estes sintomas o que vai de acordo com a literatura. A mediação sugere que as mães enfrentam experiências adversas obstétricas podem desenvolver sintomas de PSPT e iriam dificultar o envolvimento emocional com o bebé este facto vai de acordo com a literatura uma vez que PTSP pós parto é um facto que limita o desenvolvimento de um envolvimento materno saudável (Ayers, et al., 2006).

Forças e limitações do estudo

As forças presentes no estudo referem-se a recolha de dados, uma vez que, a recolha foi sistemática. Ao nível das limitações provenientes do mesmo é possível destacar o facto de a amostra ser caracterizada com participantes que possuem um elevado grau a nível de estudos, a utilização de medidas de autorrelato poderá induzir a ocorrência de uma possível deseabilidade social bem como o modo como poderá responder aos questionários após o nascimento do bebé. O desenho do estudo aplicado é um desenho transversal que normalmente é utilizado em estudos relacionados com saúde, são considerados uma limitação pois permitem obter relações de causalidade e posteriormente não permitem detetar as causas que levam as associações entre as variáveis em estudo (Wang & Cheng, 2020)

Implicações para a prática e investigação

O presente estudo contribui com dados muito relevantes para a prática clínica e consequente investigação na área da PSPT-RNB. Para além do mencionado permite ao haver conhecimento das experiências adversas durante o parto que ocorra a prevenção das mesmas de modo a possibilitar uma melhor saúde mental tanto a mãe quanto ao bebé que sofre de forma direta e muitas vezes indireta face a tais acontecimentos bem como a consciencialização de que estas práticas não são benéficas. Uma possível implicação para a prática será a implementação durante o pós parto de acompanhamento psicológico as mulheres que sofrem desta perturbação, nomeadamente a luz da TCC (terapia cognitivo comportamental) a exposição ao trauma poderá ajudar a superar em futuras gravidezes.

Para estudos futuros deveria de ser incluído nos estudos mães de gravidezes gemelares, uma vez que a perceção sobre o impacto da PSPT-RNB em mães de dois bebés poderá ser diferente e muito vantajosa para o estudo pois estaria presente outra perspetiva.

A não contemplação da visão dos progenitores homens na participações também pode levar a lacunas na investigação, uma vez que os companheiros acompanham a gravidez e consequentemente a saúde mental das mães .

Conclusão

O estudo revelou um avanço para a literatura no que diz respeito as experiências obstétricas adversas no parto e dificuldades de envolvimento emocional da mãe com o bebê. Providenciar cuidados de saúde mental perinatal a mulheres com experiências obstétricas e neonatais adversas pode contribuir para prevenir a emergência de sintomas de PSPT-RNB e dificuldades de envolvimento emocional mãe-bebê.

Referências

- American Psychiatric Association. (2013). DSM-V: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais.
- Aune, I., Torvik, H. M., Selboe, S. T., Skogås, A. K., Persen, J., & Dahlberg, U. (2015). Promoting a normal birth and a positive birth experience—Norwegian women' s perspectives. *Midwifery*, *31*(7), 721-727. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.016>
- Ayers, S., Águia, A., & Waring, H. (2006). Os efeitos do transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto sobre as mulheres e seus relacionamentos: um estudo qualitativo. *Psicologia, Saúde e Medicina*, *11*(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/13548500600708409>
- Ayers, Susan e Elizabeth Ford, 'Estresse pós-traumático durante a gravidez e o período pós-parto', em Amy Wenzel (ed.), *The Oxford Handbook of Perinatal Psychology*, Oxford Library of Psychology (2016; edn online, Oxford Academic, 13 de janeiro de 2014), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199778072.013.18>
- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a measure of postpartum PSPT: the city birth trauma scale. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 355514.
- Beta, J., Khan, N., Khalil, A., Fiolna, M., Ramadã, G., & Akolekar, R. (2019). Complicações maternas e neonatais da macrosomia fetal: revisão sistemática e metanálise. *Ultrassonografia em Obstetrícia e Ginecologia*, *54*(3), 308-318. <https://doi.org/10.1002/uog.20279>
- Bind, R. H., Biaggi, A., Bairead, A., Du Preez, A., Hazelgrove, K., Waites, F., ... Pariante, C. M. (2021). Interação mãe-bebê em mulheres com depressão na gravidez e em mulheres com histórico de depressão: o estudo Psychiatry Research and Motherhood – Depression (PRAM-D). *BJPsych Aberto*, *7*(3), e100. DOI:10.1192/bjo.2021.52

- Black, M., Bhattacharya, S., Philip, S., Norman, J. E., & McLernon, D. J. (2015). Planned cesarean delivery at term and adverse outcomes in childhood health. *Jama*, *314*(21), 2271-2279. doi:10.1001/jama.2015.16176
- Bonding, PI, Kennell, J., Voos, D., & Klaus, M. (1979). O VÍNCULO AFETIVO INICIAL. *Leituras selecionadas sobre o vínculo mãe-bebê*, 59.
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creed, D. K., & Fenwick, J. (2014). Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*, *30*(2), 255-261. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.001>
- Chen, S., Wang, X., Lee, B. K., & Gardner, R. M. (2023). Associações entre condições metabólicas maternas e condições de neurodesenvolvimento na prole: efeitos mediadores de complicações obstétricas e neonatais. *BMC medicina*, *21*(1), 422.
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *Journal of affective disorders*, *225*, 18-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Cook, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2017). Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *225*(Supplement C),18-31. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.045>
- Cozinheiro, N., Ayers, S., & Horsch, A. (2018). Transtorno de estresse pós-traumático materno no período perinatal e desfechos da criança: uma revisão sistemática. *Revista de Transtornos Afetivos*, *225*, 18-31.
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). "Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: A systematic review of prevalence and risk factors." *Frontiers in Psychology*, *8*, 560.
- Devita, S., Deforges, C., Bickle-Graz, M., Tolsa, J. F., Sandoz, V., & Horsch, A. (2023). Maternal childbirth-related posttraumatic stress symptoms, bonding, and infant development: a prospective study. *Journal of reproductive and infant psychology*, 1-15.

- Frankham, L., Thorsteinsson, E. & Bartik, W. (2023). Birth related PSPT and its association with the mother-infant relationship: A meta-analysis. *Sexual & Reproductive Healthcare Journal*, 38(100920), Epub. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100920>
- Figueiredo, B., Costa, R., Pacheco, A., & Pais, A. (2009). Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal and Child Health Journal*, 13, 539-549.
- Filippi, V., Goufodji, S., Sismanidis, C., Kanhonou, L., Fottrell, E., Ronsmans, C., ... & Patel, V. (2010). Effects of severe obstetric complications on women's health and infant mortality in Benin. *Tropical medicine & international health*, 15(6), 733-742.
- Garthus-Niegel, S., von Soest, T., Vollrath, M. E., & Eberhard-Gran, M. (2013). The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Archives of women's mental health*, 16, 1-10.
- Geller, P. A., Posmontier, B., Horowitz, J. A., Bonacquisti, A., & Chiarello, L. A. (2018). Introducing mother baby connections: a model of intensive perinatal mental health outpatient programming. *Journal of Behavioral Medicine*, 41, 600-613.
- Gökçe İsbir, G., İnci, F., Kömürçü Akik, B., Abreu, W., & Thomson, G. (2023). Birth-related PSPT symptoms and related factors following preterm childbirth in Turkey. *Current Psychology*, 42(31), 27656-27667.
- Grabarz, A., Ghesquière, L., Debarge, V., Ramdane, N., Delporte, V., Bodart, S., ... & Garabedian, C. (2021). Cesarean section complications according to degree of emergency during labour. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 256, 320-325. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.11.047>
- Gutiérrez Hermoso, L., Catalá Mesón, P., Écija Gallardo, C., Marín Morales, D., & Peñacoba Puente, C. (2023). Vínculo mãe-filho através da alimentação: um estudo prospectivo incluindo neuroticismo, preocupações com a gravidez e sintomatologia pós-traumática. *Revista Internacional de Pesquisa Ambiental e Saúde Pública*, 20(3), 2115.
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. Guilford Press.

- Handelzalts, J., Levy, S., Molmen-Lichter, M., Ayers, S., Krissi, H., Wiznitzer, A., & Peled, Y. (2020). The association of attachment style, postpartum PSPT, and depression with bonding- A longitudinal path analysis model, from childbirth to six months. *Journal of Affective Disorders*, 280(Part A), 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.068>
- Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E., & Lalor, J. (2024). Transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao parto: definição, fatores de risco, fisiopatologia, diagnóstico, prevenção e tratamento. *Revista Americana de Obstetrícia e Ginecologia*. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>
- Jablensky, A. V., Morgan, V., Zubrick, S. R., Bower, C., & Yellachich, L. A. (2005). Gravidez, parto e complicações neonatais em uma coorte populacional de mulheres com esquizofrenia e transtornos afetivos maiores. *Jornal Americano de Psiquiatria*, 162(1), 79-91. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.1.79>
- Kana, M. A., Correia, S., & Barros, H. (2019). Adverse pregnancy outcomes: a comparison of risk factors and prevalence in native and migrant mothers of Portuguese generation XXI birth cohort. *Journal of immigrant and minority health*, 21, 307-314.
- Kearney, L., Nugent, R., Maher, J., Shipstone, R., Thompson, J. M., Boulton, R., ... & Bogossian, F. (2023). Factors associated with spontaneous vaginal birth in nulliparous women: A descriptive systematic review. *Women and Birth*. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2023.08.009>
- Licci, M., Guzman, R., & Soleman, J. (2019). Maternal and obstetric complications in fetal surgery for prenatal myelomeningocele repair: a systematic review. *Neurosurgical focus*, 47(4), E11.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, MC (2012). Avaliação da ligação parental ao bebê após o nascimento:
- Olde, E., van der Hart, O., Kleber, R., & van Son, M. (2006). Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clinical psychology review*, 26(1), 1-16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.002>

- Oliveira, S. M. J. V. D., & Miquilini, E. C. (2005). Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39, 288-295.
<https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000300006>
- Paula, L. D. S., Celli, A., Mariotto, R. M. M., Lagos-Guimarães, H. N. C., & Marciniak, A. (2023). Frequência de estresse materno e de risco psíquico em recém-nascidos que foram hospitalizados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 22, 783-791.
- Pinar, G., & Erbab, H. (2020). Experiences of new mothers with premature babies in neonatal care units: A qualitative study. *J Nurs Pract*, 3(1), 179-185.
- Rodríguez, D. C., Ceriani Cernadas, J. M., Abarca, P., Edwards, E., Barrueco, L., Lesta, P., & Durán, P. (2020). Chronic post-traumatic stress in mothers of very low birth weight preterm infants born before 32 weeks of gestation. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 118(5), 306–312. <https://doi.org/10.5546/aap.2020.eng.306>
- Şahin, B. & Bingöl, F. (2021). The relation between postpartum maternal traumatic stress and bonding. *Journal of Psychiatric Nursing*, 12(3), 227-236.
<https://doi.org/10.14744/phd.2021.57704>
- Schaming, C., & Wendland, J. (2023). Saúde mental pós-natal durante a pandemia de COVID-19: Impacto na sensação de segurança pós-natal das mães e no vínculo mãe-bebê. *Obstetrícia*, 117, 103557.
- Smith, L. A., Price, N., Simonite, V., & Burns, E. E. (2013). Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC pregnancy and childbirth*, 13(1), 1-9.
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207.

- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., & Glover, V. (2005). Mother-to-infant bonding scale: Links with early maternal mood. *Archives of Women's Mental Health*, 81, 45–51
<https://doi.org/10.1007/s00737-005-0074-z>
- Ulfssdottir, H., Grandahl, M., Björk, J., Karlemark, S., & Ekéus, C. (2024). A associação entre pré-eclâmpsia e complicações neonatais em relação à idade gestacional. *Acta Pediátrica*, 113(3), 426-433. <https://doi.org/10.1111/apa.17080>
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-sectional studies: strengths, weaknesses, and recommendations. *Chest*, 158(1), 65–71.
<https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>
- Viirman, F., Engström, A. H., Sjömark, J., Hesselman, S., Poromaa, I. S., Ljungman, L., ... & Wikman, A. (2023). Negative childbirth experience in relation to mode of birth and events during labour: A mixed methods study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 282, 146-154.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2023.01.031>
- Zveiter, M., Progianti, J. M., & Vargens, O. M. D. C. (2005). O trauma no parto e nascimento sob a lente da enfermagem obstétrica. *Pulsional Rev Psicanál*, 182(18), 86-92.

