

BIANCA SOLANGE SILVESTRE FERREIRA

**PARTO TRAUMÁTICO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MÃES
NO PERÍODO APÓS O PARTO: O PAPEL DA SAÚDE MENTAL PRÉVIA E
TRAUMA PRÉVIO**

Orientador: Prof. Doutor Tiago Miguel Pires Pinto

Co-Orientadoras: Prof^a Doutora Raquel Costa & Prof^a Doutora Stephanie Raquel
Gonçalves

Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2023

BIANCA SOLANGE SILVESTRE FERREIRA

Versão final

**PARTO TRAUMÁTICO E SINTOMAS DE DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM MÃES
NO PERÍODO APÓS O PARTO: O PAPEL DA SAÚDE MENTAL PRÉVIA E
TRAUMA PRÉVIO**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa no dia 21/02/2024, para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação nº: 473/2023, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^a. Doutora Isabel Santos

Arguente: Prof^a. Doutora Sara Albuquerque

Orientador: Prof. Doutor Tiago Miguel Pires Pinto

Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2023

Agradecimentos

Agradeço ao meu orientador e coorientadoras por toda a ajuda valiosa nesta fase tão importante da vida académica. Os seus ensinamentos não serão esquecidos.

Não posso deixar de agradecer aos meus colegas de universidade, hoje amigos, por me ajudarem nos momentos de maior dificuldade e ansiedade. Foi um gosto partilhar esta experiência ao vosso lado, tornou tudo mais fácil.

Aos meus queridos pais e namorado por todo o apoio incondicional, por toda a paciência, por todas as palavras de conforto e por me permitirem alcançar os meus objetivos, o meu mais profundo obrigada, por tanto e por tudo. Esta conquista é nossa!

Este trabalho foi parcialmente financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia – FCT (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior de Portugal), ao abrigo das bolsas HEI-LAB (UIDB/05380/2020) e (2022.01825.PTDC).

Resumo

A gravidez, parto e pós-parto são períodos desafiantes, existindo um maior risco para o aparecimento de problemas de saúde mental. Nem sempre o momento do parto é positivo podendo muitas vezes ser percecionado como traumático causando o aparecimento de problemas de saúde mental. Problemas de saúde mental prévios e traumas prévios revelam ser fatores de risco para o surgimento de sintomatologia depressiva e ansiosa no pós-parto. Os objetivos deste estudo foram (1) analisar a associação entre a perceção de parto traumático e a sintomatologia depressiva e ansiosa em mães no período após o parto e (2) explorar o papel moderador dos problemas de saúde mental prévios e traumas prévios nesta associação.

O desenho do estudo foi transversal e faz parte de um estudo longitudinal inserido no projeto internacional INTERSECT – International Survey of Childbirth-related Trauma. A amostra deste estudo foi composta por 183 mulheres. Foram utilizados os dados recolhidos aos 2 meses pós-parto.

Os resultados demonstraram que o parto traumático se associou positivamente à depressão, mas não se associou à ansiedade. O trauma prévio não revelou associação nem com a depressão nem com a ansiedade. Os problemas de saúde mental prévios revelaram associação positiva com a depressão e com a ansiedade. A análise de moderação revelou que os problemas de saúde mental prévios não moderaram a associação entre o parto traumático e depressão e ansiedade.

Este estudo tem implicações clínicas importantes no âmbito do parto e pós-parto. É importante existirem políticas de rastreio melhoradas e que abordem os problemas saúde mental de forma a identificar mulheres que possam estar mais em risco de desenvolver sintomas de depressão e ansiedade no pós-parto.

Palavras-chave: parto traumático, saúde mental, sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa, trauma prévio, pós-parto.

Abstract

Pregnancy, childbirth and postpartum are challenging periods, with a greater risk of developing mental health problems. The moment of birth is not always positive and can often be perceived as traumatic, causing mental health problems to appear. Previous mental health problems and previous traumas prove to be risk factors for the emergence of depressive and anxious symptoms in the postpartum period. The objectives of this study were (1) to analyze the association between the perception of traumatic birth and depressive and anxious symptoms in mothers in the postpartum period and (2) to explore the moderating role of previous mental health problems and previous trauma in this association.

The study design was cross-sectional and is part of a longitudinal study included in the international project INTERSECT – International Survey of Childbirth-related Trauma. The sample of this study consisted of 183 women. Data collected 2 months postpartum were used.

The results showed that traumatic birth was positively associated with depression but was not associated with anxiety. Previous trauma revealed no association with either depression or anxiety. Previous mental health problems revealed a positive association with depression and anxiety. Moderation analysis revealed that previous mental health problems did not moderate the association between traumatic birth and depression and anxiety.

This study has important clinical implications in the context of childbirth and postpartum. It is important to have improved screening policies that address mental health problems to identify women who may be more at risk of developing symptoms of depression and anxiety in the postpartum period.

Keywords: traumatic birth, mental health, depressive symptoms, anxious symptoms, previous trauma, postpartum.

Lista de símbolos e abreviaturas

INTERSECT – International Survey of Childbirth-related Trauma

CEDIC - Comissão de Ética e Deontologia em Investigação Científica

CES CHUSJ - Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João

PSPT - Perturbação de Stress Pós-Traumático

EPDS - Edinburgh Postnatal Depression Scale

STAI-S - State Anxiety Inventory

IBM SPSS - International Business Machines - Statistical Package for the Social Sciences

VI – Variável Independente

VD- Variável Dependente

SM – saúde mental

Índice Geral

Introdução.....	11
Momento do parto	11
Parto Traumático.....	12
Fatores de risco para Problemas de Saúde Mental	12
Pertinência do estudo	13
Objetivos e hipóteses	14
Método.....	15
Participantes.....	15
Procedimento.....	18
Instrumentos	19
Características sociodemográficas da mãe e do bebé.....	19
Parto traumático	19
História de Problemas de Saúde Mental.....	20
Trauma Prévio	20
Sintomas de Depressão.....	20
Sintomas de ansiedade.....	20
Estratégia de análise de dados.....	21
Resultados	22
Análises preliminares	22
Associação entre parto traumático e sintomas de depressão e ansiedade no pós-parto	24
Associação entre trauma prévio e problemas de saúde mental prévios e sintomas de depressão e ansiedade pós-parto	26
Papel moderador do diagnóstico de problemas de saúde mental prévios na associação entre parto traumático e sintomas de depressão e ansiedade.....	28
Discussão.....	29
Conclusão.....	32
Bibliografia	34
ANEXOS	40

Anexo 1 – Tabela suplementar das análises para identificação das covariáveis 41

Índice de tabelas

Tabela 1 - Características Sociodemográficas e Obstétricas das participantes	15
Tabela 2 - Estatísticas descritivas das variáveis do estudo.....	22
Tabela 3 - Modelos de regressão da depressão e ansiedade: a influência do parto traumático	25
Tabela 4 - Modelos de regressão da depressão e ansiedade: a influência do trauma prévio e dos problemas de saúde mental prévios	26
Tabela 5 - O papel moderador dos problemas de saúde mental prévios na associação entre Parto traumático e depressão no pós-parto e Parto traumático e ansiedade no pós-parto	28

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo de moderação	14
--------------------------------------	----

Introdução

A gravidez, parto e pós-parto são acontecimentos únicos na vida, que acarretam consigo grandes mudanças, podendo despertar emoções positivas ou negativas (Jha et al., 2018; Webb et al., 2021). A transição para a parentalidade engloba grandes mudanças e adaptações na vida pessoal e social e está associada a uma maior propensão para o aparecimento de problemas de saúde mental (Smorti et al., 2019).

Os problemas de saúde mental são mais comuns do que se pensa no período após o parto (World Psychiatric Association, 2017). Os dados indicam que 10% das mulheres grávidas são afetadas por estes problemas nos países com rendimento mais elevado e cerca de 15,6% nos países com médio e baixo rendimento (Rahman et al., 2013). No período após o parto, 19,8% de mães recentes são afetadas por estes problemas nos países com médio e baixo rendimento (Rahman et al., 2013).

Comparativamente à saúde física, a saúde mental da mãe tem recebido menos atenção (Rodríguez-Almagro et al., 2019). No entanto, a saúde mental da mãe foi considerada uma prioridade de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (2018). A depressão e ansiedade são dois problemas que podem surgir no período pós-parto, existindo uma elevada taxa de comorbilidade entre estas (Dennis et al., 2017). Estima-se que 17.7% das mulheres em todo o mundo sofram de depressão pós-parto (Hahn-Holbrook, et al., 2018) e cerca de 14.9% das mulheres entre as 5 e as 12 semanas após o parto relatam sintomas de ansiedade (Dennis et al., 2017).

Os problemas de saúde mental podem influenciar a relação da mãe com o seu bebé o que leva a consequências comportamentais, cognitivas e emocionais do bebé e aumentar o risco de mortalidade infantil e materna (World Psychiatric Association, 2017). Os problemas de saúde mental da mãe podem prejudicar as interações da mãe com o bebé, bem como a alimentação do bebé, o seu temperamento e o desenvolvimento emocional, físico, cognitivo e comportamental (Mughal et al., 2019; O'hara & McCabe, 2013; Polte et al., 2019;).

Momento do parto

O momento do parto é um momento complexo, pois abrange aspetos psicológicos, físicos, sociais, económicos e culturais, com capacidade para despertar emoções positivas, como alegria, e negativas, nomeadamente medo, ansiedade e insegurança (Matos et al., 2021). O parto pode influenciar o sentido de identidade da mãe, bem como o seu bem-estar físico e psicológico (Bai et al., 2019). Nos países desenvolvidos, os partos tendem a decorrer sem

grandes adversidades, no entanto podem surgir complicações que podem colocar em risco a vida da mãe e do bebê aumentando assim o risco de mortalidade (Rodríguez-Almagro et al., 2019). Quando o momento do parto é positivo, as mães tendem a sentir-se satisfeitas e empoderadas (Olza et al., 2018). Por outro lado, quando o parto se revela um momento negativo, pode tornar-se num evento traumático (APA, 2014).

Parto Traumático

O parto traumático pode ser descrito como a percepção de acontecimentos durante o trabalho de parto que representam riscos físicos, psicológicos ou morte para a mãe ou bebê e que causam sofrimento psicológico a longo prazo (Anderson, 2017; Greenfield et al., 2016). Estima-se que cerca de 45% das mulheres em todo o mundo têm uma experiência de parto traumático (Pop-Jordanova, 2022). Algumas mulheres, podem expressar o medo em relação a futuras gestações, devido à experiência anterior de parto traumático, ponderando até não ter mais filhos (Nicholls & Ayers, 2007).

A psicopatologia pré-existente ao parto, e traumas prévios, são fatores de risco para experienciar o parto como traumático (Boorman et al., 2014). De facto, mulheres com traumas prévios têm uma maior probabilidade de percecionar o seu parto como traumático pois veem o mundo como não sendo seguro (Boorman et al., 2014).

Fatores de risco para Problemas de Saúde Mental

A experiência de um parto traumático aumenta a probabilidade de surgirem problemas de saúde mental no período após o parto (Dias & Pacheco, 2020). Uma grande parte da literatura sobre o parto traumático aborda a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) como a perturbação mais prevalente após a experiência de parto traumático (Anderson, 2017). No entanto, outros estudos indicam que a experiência de um parto traumático está associada a outros problemas de saúde mental, tais como depressão e ansiedade (Dekel et al., 2020). Além da depressão e ansiedade serem os problemas psicológicos mais comuns em todo o mundo, estes também têm uma elevada comorbilidade entre si (Kalin, 2020). A presença de uma das doenças atua como fator de risco para o desenvolvimento da outra sendo que, isto acontece também face à sintomatologia (Jacobson e Newman, 2017). Um estudo feito por Jacobson e Newman (2017) demonstrou que os sintomas de ambas as doenças se previram mutuamente durante vários meses, ou seja, a sintomatologia de uma das doenças atua como fator de risco para o aparecimento de sintomatologia da outra doença.

Alguns autores sugerem que 10 a 15% das mulheres que experienciam um parto traumático desenvolvem depressão pós-parto e 16% desenvolvem uma perturbação de ansiedade pós-parto (O'Hara et al., 2013; Webb & Ayers, 2015).

Além da experiência de parto traumático, existem outros fatores de risco que podem influenciar o aparecimento de sintomatologia depressiva e ansiosa no período após o parto, nomeadamente histórico de depressão e depressão pré-natal e sintomas depressivos e ansiosos na gravidez (Leigh & Milgrom, 2008; Figueira et al., 2011). Alguns estudos referem que a experiência de sintomatologia depressiva na gravidez é um fator de risco para o aparecimento de depressão no pós-parto, sendo que esta é maior parte das vezes subdiagnosticada pelos profissionais de saúde (Ribeiro, 2018). Também Leach et al., 2017, demonstraram uma associação elevada entre histórico de problemas de saúde mental anteriores ao parto e sintomatologia ansiosa no pós-parto.

Alguns autores demonstraram também que existe uma associação entre a sintomatologia depressiva no pós-parto e traumas prévios, nomeadamente abuso físico e sexual na infância e agressão física e psicológica por parte do companheiro/a ou outra pessoa (Akinbode et al., 2021; Dennis & Vigod, 2013). Apesar de não existirem tantos estudos acerca da sintomatologia ansiosa no período após o parto, alguns estudos revelam que mulheres que possuem histórico de traumas, demonstram estar mais em risco de ter sintomas de ansiedade no período após o parto (Martini et al., 2015). Uma perceção negativa do momento do parto está também associada com ansiedade no pós-parto (Bell, et al., 2016).

Pertinência do estudo

Os problemas de saúde mental prévios e traumas prévios, parecem ser fatores de risco para a experiência de parto traumático e para o surgimento de sintomas de depressão e ansiedade nas mães no período após o parto. Explorar a relação entre a experiência de parto traumático e os sintomas de depressão e ansiedade em mães no período após o parto e explorar o papel da saúde mental prévia e do trauma prévio nesta associação pode contribuir para a literatura no âmbito da saúde mental perinatal.

Os resultados podem contribuir para clarificar se as mães com problemas de saúde mental anteriores e histórico de acontecimentos traumáticos ao longo da vida apresentam maior risco de desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa no período após o parto, na sequência da experiência de um parto traumático. Também pode contribuir para melhorar as políticas de rastreio junto dos profissionais de saúde no âmbito do parto e pós-parto e a alterar os cuidados

de saúde junto das mulheres que podem estar em maior risco, de forma a evitar as consequências negativas dos problemas de saúde mental.

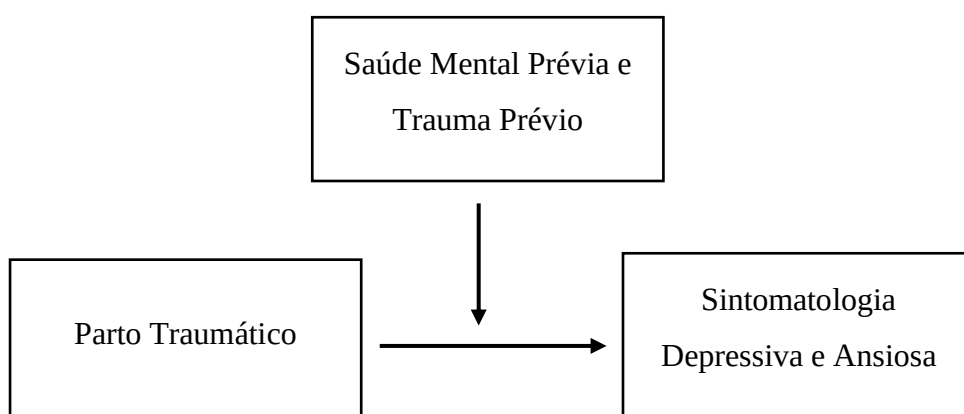
Objetivos e hipóteses

O objetivo principal foi analisar a associação entre a experiência de parto traumático e os sintomas de depressão e ansiedade em mães no período após o parto, considerando o papel da história de problemas de saúde mental e da exposição a experiências traumáticas prévias. Os objetivos específicos deste estudo são: (1) analisar a associação entre parto traumático e sintomatologia depressiva e ansiosa no período após o parto; (2) analisar o papel moderador da história de problemas de saúde mental prévia e do trauma prévio na associação entre o parto traumático e sintomatologia depressiva e ansiosa (Figura 1);

Com base na revisão de literatura efetuada, foram delineadas as seguintes hipóteses: (1) maior perceção de parto traumático está associada a maior sintomatologia de depressão e ansiedade em mulheres no período após o parto; (2) a saúde mental prévia e trauma prévio moderam a associação entre o parto traumático e sintomatologia depressiva e ansiosa. Concretamente coloca-se a hipótese de que a relação entre parto traumático e sintomatologia depressiva e parto traumático e sintomatologia ansiosa seja mais forte em mulheres que já tiveram outros traumas ou que tenham tido problemas de saúde mental anteriores.

Figura 1

Modelo de Moderação



Método

Participantes

A amostra deste estudo é composta por 183 mulheres, com média de idades de 33.43 ($DP = 5.41$) e média das semanas de gestação de 38.42 ($DP = 1.79$). Grande parte da amostra é de maioria étnica (98.1%) e mais de metade das participantes possuem o ensino superior (65%) (ver tabela 1).

A maioria da amostra reside no país de nascimento (83.6%). Mais de metade da amostra possui um rendimento familiar na média (69.3%), é casada ou vive em união de facto (74.7%) e nunca teve problemas de saúde mental anteriores (78.5%; ver Tabela 1).

Em relação às características obstétricas, grande parte da amostra teve um tipo de gravidez simples, ou seja, um único bebé (97.8%), a maioria são primíparas (52.7%) e tiveram parto vaginal/normal (41.8%) e com epidural (89.6%; ver Tabela 1).

A maioria da amostra não teve episiotomia durante o parto (86.6%), nem foi efetuada a manobra de Kristeller (86.3%). Mais de metade da amostra não teve complicações na gravidez/trabalho de parto/nascimento (57.6%). Na grande maioria, também não houve complicações com os bebés na gravidez/trabalho de parto/parto (79.1%) e tiveram contacto pele a pele na 1ª hora após o nascimento (80.9%). Atualmente mais de metade da amostra dá apenas leite materno ao seu bebé (55.2%; ver tabela 1).

Tabela 1

Características Sociodemográficas e Obstétricas das participantes

Características	n	%
Tipo de Gravidez		
Simplex	179	97.8
Gemelar	4	2.2
Etnia		
Maioria étnica	157	98.1
Minoria étnica	3	1.9
Missing	23	12,6
Escolaridade		
Ensino Secundário / 12º ano completo	63	34.6

Ensino Superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento)	119	65
<i>Missing</i>	1	.5
Vive no país onde nasceu		
Não	30	16.4
Sim	153	83.6
Rendimento Familiar		
Abaixo da média	11	6.1
Na média	124	69.3
Acima da média	44	24.6
<i>Missing</i>	4	2.2
Estado civil		
Casada/União de facto	136	74.7
Vive com companheiro(a)	38	20.9
Tem companheiro(a) mas não vivem juntos(as)	4	2.2
Não tem companheiro(a)	3	1.6
Separada/ Divorciada	1	.5
<i>Missing</i>	1	.5
Paridade		
Primipara	96	52.7
Multipara	86	47.3
<i>Missing</i>	1	.5
Problema de saúde mental anterior		
Não	142	78.5
Sim	39	21.5
<i>Missing</i>	2	1.1
Tipo de parto		
Parto vaginal/normal	76	41.8
Parto vaginal instrumentado	40	22
Cesariana de emergência	28	15.4

Cesariana eletiva	38	20.9
<i>Missing</i>	1	.5
Parto com anestesia		
Não	7	3.8
Sim, com epidural	164	89.6
Sim, com anestesia geral	6	3.3
Se sim, com outro tipo de anestesia	6	3.3
Episiotomia durante o parto		
Não	126	86.6
Sim	45	33.6
<i>Missing</i>	12	6.5
Manobra de Kristeller		
Não	134	86.3
Sim	38	25.2
<i>Missing</i>	11	6.0
Complicações da mãe na gravidez/trabalho de parto/nascimento		
Não	102	56.7
Sim, complicações ligeiras	63	35
Sim, complicações graves	15	8.3
<i>Missing</i>	3	1.6
Complicações do bebé na gravidez/trabalho de parto/parto		
Não	144	79.1
Sim, complicações ligeiras	27	14.8
Sim, complicações graves	11	6
Não quero responder	1	.5
Contacto pele a pele 1ª hora		
Não	35	19.1
Sim	148	80.9
Alimentação do bebé atualmente		

Leite materno exclusivo (apenas leite materno, incluindo leite ordenhado)	100	55.2
Leite materno predominantemente (leite materno, sumo de frutas e bebidas à base de água)	1	.6
Leite artificial exclusivo	25	13.8
Combinação de leite materno e leite artificial	55	30.4
Missing	2	1.1
Parto prematuro		
Não	168	91.8
Sim	15	8.2

Nota. N = 183

Procedimento

O presente estudo é um estudo transversal e faz parte de um estudo longitudinal mais lato (Pinto et al., 2023), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (2022.01825.PTDC), e inserido no projeto internacional INTERSECT – International Survey of Childbirth-related Trauma, que tem como objetivo analisar a experiência de parto traumático envolvendo 45 países. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia em Investigação Científica (CEDIC) da Universidade Lusófona- Centro Universitário de Lisboa (ULHT; Ref. RC000121), da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João no Porto (Ref. CES CHUSJ: 279/2022) e da Comissão de Ética da Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa (Ref. 1317/2022).

O estudo longitudinal mais lato possui quatro momentos de avaliação sendo que o 1º momento diz respeito ao 3º trimestre de gravidez (28-32 semanas gestacionais), o 2º momento diz respeito aos 2 meses após o parto (6-12 semanas pós-parto), o 3º momento diz respeito aos 5 meses após o parto (20-24 semanas pós-parto) e, por último, o 4º momento diz respeito aos 12 meses após o parto (48-52 semanas pós-parto). O presente estudo irá apenas utilizar os dados relativos ao 2º momento (2 meses após o parto).

As participantes foram recrutadas presencialmente na Maternidade Alfredo da Costa em Lisboa e no Centro Hospitalar Universitário de São João no Porto na sala de espera do serviço de obstetrícia, no 3º trimestre de gravidez, ou no internamento hospitalar, dois dias após o parto. Todas as participantes assinaram o formulário do consentimento informado onde consta os objetivos do estudo, os critérios de inclusão e informações acerca da recolha e tratamento de dados. Os critérios de inclusão deste estudo foram: (1) Mulheres com idade igual ou superior a 18 anos; (2) mulheres que residam em Portugal e (3) mulheres que saibam ler e falar português.

De 809 mulheres contactadas, 752 aceitaram participar, 95 desistiram, sendo a amostra total de 633 mulheres. Foram contactadas 485 mulheres 2 meses após o parto para preenchimento do questionário, sendo que, até à data, 202 preencheram os questionários relativos ao 2º momento. No presente estudo, apenas foram incluídas as variáveis consideradas pertinentes para os objetivos do estudo. Dessa forma algumas participantes acabaram por ficar excluídas da amostra total do presente estudo.

Instrumentos

Características sociodemográficas da mãe e do bebé

Foi utilizado o Questionário sociodemográfico e Obstétrico, desenvolvido no âmbito do projeto INTERSECT, composto por vários itens de informação sociodemográfica (idade, semanas de gestação, etnia, escolaridade, vive no país onde nasceu, rendimento familiar, estado civil) e obstétrica (tipo de gravidez, paridade, tipo de parto, episiotomia durante o parto, manobra de kristeller, complicações da mãe ou bebé na gravidez/trabalho de parto ou parto, contacto pele a pele na primeira hora e se teve parto prematuro). Este questionário foi preenchido com o *Qualtrics*, através de um link enviado para o email das participantes.

Parto traumático

A perceção de parto traumático foi recolhida através do item (“*De maneira geral, quanto é que acha que o seu trabalho de parto e parto foram traumáticos*”), do Questionário Sociodemográfico, com uma escala de resposta variando de 1 a 10 em que (1) *Nada traumático*, (5) *Moderadamente traumático* e (10) *Extremamente traumático*.

História de Problemas de Saúde Mental

Foi utilizado o item “*Já foi diagnosticada anteriormente com algum problema psicológico ou de saúde mental?*” do Questionário Sociodemográfico. As opções de resposta deste item são: *Sim, Não, Não sei e Não quero responder*.

Trauma Prévio

Foi utilizado o item do Questionário Sociodemográfico em que foi pedido à participante que assinalasse todos os eventos que experienciou ou testemunhou em algum momento da sua vida tais como: doença séria com risco de vida (ataque cardíaco, etc.), agressão física (ataque com arma, lesões severas resultantes de uma luta, ameaçado com arma de fogo, etc.), agressão sexual (violação, tentativa de violação, ato sexual forçado com arma, etc.), combate militar ou residir em zona de guerra, abuso na infância (agressão física severa, atos sexuais com alguém 5 anos mais velho, etc.) acidente (lesão severa ou morte por acidente de carro, no trabalho, ou incêndio em casa, etc.), desastre natural (tornado, terramoto etc.) ou outro evento traumático.

Sintomas de Depressão

Foi utilizado o *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987;) para avaliar os sintomas de depressão. Trata-se de um questionário de autorrelato desenvolvido para avaliar a depressão pós-parto. É composto por 10 itens respondidos numa escala tipo Likert de 4 pontos variando de 0 (*Sim, muitas vezes*) a 3 (*Não, nunca*). Em termos de cotação, é feita uma soma e quanto mais alta a pontuação, maior o nível de depressão. A pontuação máxima possível nesta escala é de 30 e a mínima é 0.

Esta escala apresenta sensibilidade e especificidade satisfatórias (Cox et al., 1987; Tendaís et al., 2014). A versão original deste instrumento apresenta uma boa consistência interna (α Cronbach = .87; Cox et al., 1987), bem como a versão portuguesa (α Cronbach = .82 (Tendaís et al., 2014). O presente estudo apresentou igualmente uma boa consistência interna (α Cronbach = .88).

Sintomas de ansiedade

Foi utilizado o *State Anxiety Inventory* (STAI-S; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) para avaliar os sintomas de ansiedade. É um questionário de autorresposta composto por 20 itens, com uma escala de resposta tipo Likert de 4 pontos em que 1 (*Nada*), 2 (*um pouco*), 3 (*Moderadamente*) e 4 (*Muito*). A versão original deste

instrumento, apresenta uma boa consistência interna (α Cronbach = .86–.95 (Spielberger et al., 1983). A versão portuguesa deste instrumento demonstrou igualmente uma boa consistência interna (α de Cronbach = .87–.93 (Biaggio et al, 1976). O presente estudo apresentou uma consistência interna excelente (α Cronbach = .94).

Estratégia de análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas através do software IBM SPSS (v.26). Análises de frequência foram realizadas para a descrição das características sociodemográficas da amostra. Foram realizadas análises descritivas para descrever as variáveis do estudo (média, desvio-padrão, mínimo e máximo). Foram realizados testes de diferenças entre todas as variáveis em estudo e as características sociodemográficas e obstétricas das participantes para identificação de covariáveis.

Foi realizada uma análise de regressão com o objetivo de analisar o poder preditivo do parto traumático (VI) na depressão (VD) e do parto traumático (VI) na ansiedade (VD). Tanto para os sintomas de depressão (VD) como para os sintomas de ansiedade (VD), foi testado um primeiro modelo (Modelo 1), que incluiu o parto traumático como VI, e posteriormente foi testado um segundo modelo (Modelo 2), que incluiu o parto traumático como VI e todas as covariáveis que se revelaram associadas à VI e à VD (i.e., complicações da mãe, contacto pele a pele, tipo de parto e rendimento familiar).

Foi realizada ainda outra análise de regressão, com o objetivo de analisar o poder preditivo das variáveis trauma prévio e problemas de saúde mental prévios (VIs) na depressão (VD) e trauma prévio e problemas de saúde mental prévios (VIs) na ansiedade (VD). Mais uma vez, tanto para os sintomas de depressão (VD) como para os sintomas de ansiedade (VD), o Modelo 1 de ambas as análises, incluiu o trauma prévio e os problemas de saúde mental prévios e o Modelo 2 incluiu o trauma prévio, os problemas de saúde mental prévios e todas as covariáveis associadas (i.e., idade, complicações da mãe, etnia, amamentação exclusiva e rendimento familiar). As variáveis trauma prévio e problemas de saúde mental prévios, foram então colocados na mesma análise de regressão. Apenas a variável problemas de saúde mental prévios, se associou significativamente tanto aos sintomas de depressão como aos sintomas de ansiedade nas análises de regressão. Dessa forma, apenas a variável problemas de saúde mental prévios foi contabilizada como moderadora na testagem final relativa à moderação.

Foi utilizado a macro PROCESS SPSS (Modelo 1; Hayes, 2022) para se analisar o papel moderador da variável problemas de saúde mental prévios na associação entre o parto

traumático e os sintomas de depressão e ansiedade. O nível de significância estatístico adotado foi de $p < .05$.

Resultados

Análises preliminares

Foram encontradas associações entre as variáveis em estudo e as características sociodemográficas e obstétricas da amostra (ver Anexo 1). A variável complicações da mãe revelou diferenças com o parto traumático ($F(1,178) = 8.57, p = .004$). Mulheres com complicações reportam níveis superiores de parto traumático. Também o contacto pele a pele revelou diferenças com o parto traumático, sendo que mulheres que não tiveram contacto pele a pele reportam níveis superiores de parto traumático ($F(1,181) = 6.78, p = .010$). O tipo de parto também revelou diferenças com o parto traumático ($F(1,180) = 31.22, p = .000$). Mulheres com parto instrumentado ou cesariana de emergência têm níveis superiores de parto traumático.

Verificou-se ainda diferenças do rendimento familiar com a depressão e a ansiedade. Sendo que, quanto menor o rendimento familiar, maior os níveis de depressão ($F(2,176) = 4.74, p = .010$) e ansiedade ($F(2,176) = 6.08, p = .003$).

Relativamente ao Trauma Prévio, verificou-se uma associação com a idade ($p = .033$) e com as complicações maternas ($p = .016$), sendo que quanto mais idade e mais complicações, maior a probabilidade de ter experienciado pelo menos uma situação traumática.

Já para os problemas de saúde mental prévios, verificou-se uma associação com a etnia, ($p = .038$) sendo que as mulheres de maioria étnica possuem mais problemas de saúde mental prévios em comparação com as mulheres de minoria étnica. Verificou-se igualmente uma associação com a amamentação exclusiva ($p = .043$). Sendo que, mulheres que não possuem problemas de saúde mental anteriores, são mais prováveis de dar amamentação exclusiva. Dessa forma, todas as variáveis associadas, foram controladas nas análises estatísticas realizadas. As estatísticas descritivas das variáveis do estudo são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2

Estatísticas descritivas das variáveis do estudo

Variável	M	DP	Mínimo	Máximo	Total (n =183)	
					n	%

Depressão	6.51	4.91	.00	24.00
Ansiedade	34.84	11.49	20.00	77.00
Parto traumático	2.08	2.73	0	10.00
Trauma prévio				
Doença séria, com risco de vida (ataque cardíaco, etc.)				33 18.00
Agressão física (ataque com arma, lesões severas resultantes de uma luta, ameaçado com arma de fogo, etc.)				16 8.7
Agressão sexual (violação, tentativa de violação, ato sexual forçado com arma, etc.)				9 4.9
Combate militar ou residir em zona de guerra				2 1.1
Abuso na infância (agressão física severa, atos sexuais com alguém 5 anos mais velho, etc.)				14 7.7
Acidente (lesão severa ou morte por acidente de carro, no trabalho, ou incêndio em casa, etc.)				16 8.7
Desastre natural (tornado, inundação, terramoto, etc.)				3 1.6

Outro evento traumático	23	12.6
Problemas de SM prévios		
Não	142	78.5
Sim	39	21.5
Missing	2	1.1

Nota: M = média; DP = desvio padrão; SM = saúde mental

Na presente amostra, 43.5% das mulheres reportaram ter experienciado/testemunhado algum tipo de trauma no passado e 21.5% reportaram ter tido algum problema de saúde mental no passado. Relativamente à depressão, as mulheres que reportaram ter tido algum tipo de trauma no passado tem uma média de depressão de ($M = 6.50$; $DP = 4.58$) e as mulheres que reportaram não ter tido nenhum trauma no passado têm uma média de depressão de ($M = 6.60$; $DP = 5.22$). As mulheres que reportam ter tido algum problema de saúde mental no passado têm uma média de depressão de ($M = 9.51$; $DP = 4.80$) e as mulheres que reportam não ter tido nenhum problema de saúde mental no passado têm uma média de depressão de ($M = 5.61$; $DP = 4.58$).

Relativamente à ansiedade, as mulheres que reportam ter tido algum tipo de trauma no passado têm uma média de ansiedade de ($M = 36.51$; $DP = 11.21$) e as mulheres que reportam não ter tido nenhum tipo de trauma no passado têm uma média de ansiedade de ($M = 33.74$; $DP = 11.8$). As mulheres que reportam ter tido algum problema de saúde mental no passado têm uma média de ansiedade ($M=39.43$; $DP=12.06$) e as mulheres que reportam não ter tido nenhum problema de saúde mental no passado têm uma média de ansiedade de ($M = 33.3$; $DP = 10.61$).

Associação entre parto traumático e sintomas de depressão e ansiedade no pós-parto

Os resultados demonstraram que o modelo 1 explica 1.7% de variância e não é estatisticamente significativo ($R^2 = .017$, $F(1, 173) = 2.99$, $p > .05$). O modelo 2 com as covariáveis adicionadas explica 6.4% de variância e é estatisticamente significativo ($R^2 = .064$, $F(4, 169) = 2.31$, $p < .05$). O parto traumático revelou estar associado significativamente aos sintomas de depressão no pós-parto. Níveis mais elevados de parto traumático estão associados a níveis mais elevados de depressão ($\beta = .204$, $p < .05$). Das covariáveis adicionadas, o tipo de parto revelou estar associado significativamente aos sintomas de depressão. Mulheres que

tiveram parto vaginal ou cesariana eletiva, reportaram menos sintomas de depressão comparativamente às que tiveram parto com cesariana de emergência ou parto vaginal instrumentado ($\beta = -.171$, $p = < .05$). O rendimento familiar também se revelou associado aos sintomas de depressão. Mulheres com maior rendimento familiar apresentaram menos sintomas de depressão ($\beta = -.164$ $p = < 0.05$) (ver Tabela 3).

Já para os sintomas de ansiedade, os resultados demonstraram que o modelo 1 não é estatisticamente significativo e explica 1.4% da variância, ($R^2 = .014$, $F(1, 173) = 2.39$, $p > .05$). O modelo 2 com as covariáveis adicionadas, explica 5,5% e não é estatisticamente significativo ($R^2 = .055$, $F(4, 169) = 1.95$, $p > .05$). O parto traumático revelou não estar associado aos sintomas de ansiedade, $\beta = .144$, $p > 0.05$ (ver Tabela 3). No entanto, das covariáveis adicionadas, o rendimento familiar revelou associação com os sintomas de ansiedade sendo esta associação negativa, ou seja, quanto maior o rendimento familiar, menor os sintomas de ansiedade ($\beta_s = -.202$, $p = < 0.05$) (ver Tabela 3).

Tabela 3

Modelos de regressão da depressão e ansiedade: a influência do parto traumático

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β	R^2	ΔR^2
Depressão					
Modelo 1				.017	.011
Parto traumático	.231	.134	.130		
Modelo 2				.064	.036
Parto traumático	.361	.148	.204*		
Complicações mãe	-.181	.778	-.019		
Contacto pele a pele	-.330	.978	-.027		
Tipo de parto	-1.71	.824	-.171*		
Rendimento familiar	-1.53	.711	-.164*		
Ansiedade					
Modelo 1				.014	.008
Parto traumático	.486	.314	.117		
Modelo 2				.055	.027
Parto traumático	.600	.349	.144		
Complicações mãe	1.03	1.83	.045		

Contacto pele a pele	.483	2.30	.017
Tipo de parto	-1.47	1.94	-.063
Rendimento familiar	-4.43	1.67	-.202**

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$;

Associação entre trauma prévio e problemas de saúde mental prévios e sintomas de depressão e ansiedade pós-parto

Os resultados demonstraram que o modelo 1 é estatisticamente significativo e explica 8.8% da variância, $R^2 = .088$, $F(2, 146) = 7.01$, $p < .05$. O modelo 2 com as covariáveis adicionadas explica 10.5% da variância e não é estatisticamente significativo $R^2 = .105$, $F(5, 141) = 2.35$, $p > .05$.

Os problemas de saúde mental prévios revelaram estar associados aos sintomas de depressão ($\beta_s = .298$, $p < 0.05$). As mulheres que possuem problemas de saúde mental prévios têm mais sintomas de depressão comparativamente às mulheres que não têm problemas (ver Tabela 4). O trauma prévio, não demonstrou estar associado aos sintomas de depressão ($\beta_s = -.103$, $p > 0.05$). Nenhuma covariável adicionada demonstrou estar associada aos sintomas de depressão (ver Tabela 4).

Já para os sintomas de ansiedade, os resultados demonstraram que o modelo 1 é estatisticamente significativo e explica 5.2% da variância ($R^2 = .052$, $F(2, 146) = 3.96$, $p < .05$). O modelo 2 com as covariáveis adicionadas, explica 8.2% da variância e não é estatisticamente significativo $R^2 = .082$, $F(5, 141) = 1.81$, $p > .05$).

Os problemas de saúde mental prévios revelaram estar associados aos sintomas de ansiedade ($\beta_s = .212$, $p < 0.05$). As mulheres que possuem problemas de saúde mental prévios têm mais sintomas de ansiedade comparativamente às mulheres que não têm problemas (ver Tabela 4). No entanto, o trauma prévio, não demonstrou estar associado aos sintomas de ansiedade ($\beta_s = .066$, $p > 0.05$).

Das covariáveis adicionadas, o rendimento familiar revelou estar associado aos sintomas de ansiedade. Sendo que, quanto maior o rendimento familiar, menor os sintomas de ansiedade ($\beta_s = -.169$, $p < 0.05$) (ver Tabela 4).

Tabela 4

Modelos de regressão da depressão e ansiedade: a influência do trauma prévio e dos problemas de saúde mental prévios

	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	<i>R</i> ²	ΔR^2
Depressão					
Modelo 1				.088	.075
Trauma prévio	-.752	.732	-.082		
Problemas SM prévios	1.69	.457	.295***		
Modelo 2				.105	.060
Trauma prévio	-.947	.787	-.103		
Problemas SM prévios	1.71	.474	.298***		
Idade	.046	.072	.053		
Complicações mãe	.217	.756	.053		
Etnia	1.55	2.65	.048		
Amamentação exclusiva	.224	.754	.024		
Rendimento familiar	-1.08	.771	-.114		
Ansiedade					
Modelo 1				.052	.039
Trauma prévio	1.74	1.75	.080		
Problemas SM prévios	2.74	1.09	.203*		
Modelo 2				.082	.037
Trauma prévio	1.42	1.87	.066		
Problemas SM prévios	2.87	1.13	.212*		
Idade	.000	.171	.000		
Complicações mãe	1.54	1.80	.072		
Etnia	-.297	6.33	-.004		
Amamentação exclusiva	-.732	1.79	-.034		

Rendimento familiar -3.78 1.84 -.169*

Nota: * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$; SM = saúde mental

Papel moderador do diagnóstico de problemas de saúde mental prévios na associação entre parto traumático e sintomas de depressão e ansiedade

Com a análise de moderação foi possível perceber que o parto traumático prediz marginalmente os sintomas de depressão ($\beta = .241$, $p = .081$) e ansiedade ($\beta = .548$, $p = .093$). Os problemas de saúde mental prévios predizem significativamente os sintomas de depressão ($\beta = 3.86$, $p = .000$) e ansiedade ($\beta = 6.06$, $p = .002$). No entanto, não se verificou efeito de interação, nem para a depressão ($\beta = .231$, $p > .05$), nem para a ansiedade ($\beta = .469$, $p > .05$) (ver Tabela 5)

Tabela 5

O papel moderador dos problemas de saúde mental prévios na associação entre Parto traumático e depressão no pós-parto e Parto traumático e ansiedade no pós-parto

	<i>R (R²)</i>	<i>F</i>	β	<i>p</i>	CI 95%	
Sintomas de depressão no pós-parto						
Constante	.368 (.135)	9.24				
Parto traumático			.241	.081	-.030	.513
Problemas de SM prévios			3.86	.000	2.22	5.50
Parto traumático x Problemas SM prévios			.231	.474	-.407	.870
Sintomas de ansiedade no pós-parto						
Constante	.277 (.077)	4.92				
			33.3	.000	31.51	35.10

Parto traumático	.548	.093	-.094	1.19
Problemas de SM prévios	6.06	.002	2.19	9.94
Parto traumático x Problemas SM prévios	.469	.541	-1.04	1.97

*Nota: *p<.05. **p<.01. ***p<.001; SM = saúde mental*

Discussão

O presente estudo analisou a associação entre parto traumático e sintomas de depressão e ansiedade e o papel moderador do diagnóstico de problemas de saúde mental prévio na associação entre parto traumático e sintomas de depressão e ansiedade.

A hipótese de que maior percepção de parto traumático está associada a maior sintomatologia depressiva e ansiosa em mulheres no período após o parto, foi parcialmente confirmada. O estudo sugere que a experiência de um parto traumático pode aumentar o risco de surgirem sintomas de depressão, e que níveis mais elevados de parto traumático correspondem a níveis mais elevados de sintomas de depressão. Este resultado vai de encontro a um estudo feito por Türkmen et al. (2021), que demonstrou que, níveis mais elevados de percepção de parto traumático correspondem a níveis mais elevados de sintomas depressivos no pós-parto.

No entanto, o parto traumático, não revelou ser um fator de risco para o surgimento de sintomas de ansiedade. Coloca-se a hipótese de que estes resultados possam ser explicados pelo facto de que, apesar de algumas mulheres terem percecionado o seu parto como traumático, a grande maioria revelou ter tido contacto pele a pele com o seu bebé e não terem existido complicações com o seu bebé. Sendo que, um estudo feito por Chabbert et al. (2021) demonstrou que, o primeiro contacto com o bebé e o saber que ele está seguro, são uma influência no alívio da sintomatologia ansiosa.

Os problemas de saúde mental prévios, revelaram estar associados aos sintomas de depressão e ansiedade no sentido em que, quem tem problemas de saúde mental prévios tem mais sintomas de depressão e ansiedade. De facto, vários estudos demonstraram que um histórico prévio de depressão revelou associação com os sintomas de depressão no período após o parto (Goker et al., 2012; Guintivano et al., 2018 Johansen et al., 2020). Apesar de não

existirem tantos estudos acerca da ansiedade no período após o parto, este resultado vai de encontro a um estudo feito por Chabbert et al. (2021) que descobriu que sintomas de ansiedade no período pré-natal, foram o principal preditor dos sintomas de ansiedade no período após o parto.

O trauma prévio não revelou estar associado nem aos sintomas de depressão nem os sintomas de ansiedade no período após o parto. Estes resultados são surpreendentes pois na literatura existem diversos estudos que demonstram associação do trauma prévio aos sintomas de depressão (Akinbode et al., 2021; Dennis & Vigod, 2013). Como foi referido anteriormente, em relação aos sintomas de ansiedade, não existem tantos estudos acerca desta temática no período após o parto. No entanto, alguns estudos que pretenderam estudar os sintomas de ansiedade em mulheres com histórico de trauma, demonstraram que este último, pode aumentar o risco de surgirem sintomas de ansiedade no pós-parto (Martini et al., 2015). No entanto, estudos *follow-up* recentes demonstraram que os sintomas de ansiedade oscilam ao longo do tempo sem nenhuma trajetória específica (García-Blanco et al., 2016; Underwood et al., 2017), o que pode ser uma possível explicação para o resultado deste estudo.

Como foi dito anteriormente, apenas os problemas de saúde mental prévios foram incluídos como variável moderadora pois, o trauma prévio não revelou associação com a sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa. Posto isto, a análise revelou ausência de moderação dos problemas de saúde mental prévios na associação entre parto traumático e sintomatologia depressiva e ansiosa. Isto significa que, independentemente de a mulher ter tido problemas de saúde mental prévios, o parto traumático não se associa nem à depressão nem à ansiedade. Na literatura, existem alguns estudos que revelam que tanto o parto traumático, como os problemas de saúde mental prévios influenciam o aparecimento de sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa no período após o parto (Boorman et al., 2014; Figueira et al., 2011; Leigh & Milgrom, 2008; Ribeiro, 2018). Dessa forma, seria expectável que mulheres que tivessem um parto traumático e já tivessem tido problemas de saúde mental prévios, apresentassem mais sintomas de depressão e sintomas de ansiedade, ou seja, que houvesse moderação. No entanto, alguns estudos encontraram fatores protetores para o desenvolvimento de sintomas de *stress* após a experiência de um parto traumático sendo que um deles, presente neste estudo, é o contacto pele a pele com o bebé na primeira hora (Imširagić et al., 2017). Neste estudo, mais de metade da amostra revelou ter tido contacto pele a pele com o bebé na

primeira hora. Coloca-se a hipótese de que estes podem ter agido como fatores protetores, no entanto é impossível fazer inferências pois esta variável não foi controlada.

Em relação às covariáveis, o tipo de parto também revelou ter influência no risco de surgirem sintomas de depressão no período após o parto. Nomeadamente, mulheres que tiveram parto normal têm menos sintomas de depressão comparativamente às que tiveram parto com cesariana de emergência que apresentam mais sintomatologia depressiva. Estes resultados, vão de encontro a um estudo feito por Yang et al. (2011) que demonstrou que, o risco de surgirem sintomas de depressão no período após o parto, era mais elevado em mulheres que tiveram parto com uma cesariana comparativamente às que tiveram parto normal ou instrumentado. Uma possível explicação para o resultado encontrado neste estudo é que, quando é feita cesariana, esta muitas vezes não era expectável, fazendo com que a mulher se sinta dececionada (Eckerdal et al., 2018). O período de recuperação também é mais longo, muitas vezes com dores associadas levando a um aumento de *stress* e também a uma diminuição de autoestima (Eckerdal et al., 2018). Todos estes fatores combinados podem contribuir para uma maior predisposição para o surgimento de sintomas depressivos (Eckerdal et al., 2018).

O rendimento familiar revelou associação significativa aos sintomas de depressão e ansiedade no período após o parto, sendo que, mulheres com maior rendimento familiar apresentam menos sintomas de depressão e ansiedade. Estes resultados, vão de encontro a um estudo feito por Howard et al. (2022), que descobriu que a depressão no período após o parto se encontrava negativamente correlacionada com o rendimento familiar. Outros estudos que exploraram o rendimento familiar também encontraram uma associação negativa entre este e sintomas de depressão e ansiedade (Field, 2017; O'Campo et al., 2016). Segundo Muzik et al. (2017), as dificuldades financeiras e consequentemente a falta de acesso a certos recursos nomeadamente, a uma melhor educação para os filhos e melhores cuidados de saúde fazem com que as mães sintam mais *stress* e consequentemente mais predispostas para surgirem problemas de saúde mental.

As complicações da mãe demonstraram estar associadas com o parto traumático no sentido em que mães que reportam ter tido complicações têm níveis mais elevados de parto traumático. De facto, alguns autores dizem que, as complicações maternas são um fator de risco para o parto traumático (Grekin & O'Hara, 2014).

O contacto pele a pele está associado também ao parto traumático, sendo que, mulheres que não tiveram contacto pele a pele têm níveis mais elevados de parto traumático. Como foi

dito anteriormente, o contacto pele a pele revela ser um fator protetor dos sintomas de *stress* após a experiência de um parto traumático (Imširagić et al., 2017).

O tipo de parto também está associado ao parto traumático sendo que, mulheres com parto instrumentado ou cesariana de emergência têm níveis mais elevados de trauma. Estes resultados vão de encontro a um estudo feito por Hüner et al. (2023) demonstrou que mulheres que tinham tido cesariana de emergência tinham níveis mais elevados de trauma comparativamente a mulheres que tinham tido parto normal. Isto pode ser explicado pelo facto de que por ser um procedimento não planeado, ou seja, algo que não foi controlado, a mulher tem mais probabilidade de considerar o seu parto traumático pois na literatura sabe-se que a falta de controlo durante o parto é um fator de risco para percecionar o parto como traumático (Ayers et al. 2016).

Já para o diagnóstico de saúde mental prévio, verificou-se uma associação com a etnia, sendo que, mulheres de maioria étnica possuem mais problemas de saúde mental prévios. Estes resultados contrariam os resultados encontrados por alguns autores, que dizem que as minorias étnicas têm mais prevalência de problemas de saúde mental comparativamente aos grupos de maioria étnica (Cook et al., 2019). Uma possível explicação para o resultado do presente estudo é que as pessoas pertencentes as minorias étnicas possuem diferenças culturais que influenciam a maneira de percecionar, aceitar e reconhecer os problemas de saúde mental (Arday, 2018). Outra possível explicação é que amostra é constituída na sua grande maioria por mulheres de maioria étnica (ver Tabela 1).

Verificou-se igualmente uma associação dos problemas de saúde mental prévios com a amamentação exclusiva. Sendo que, mulheres que não possuem problemas de saúde mental anteriores, são mais prováveis de dar amamentação exclusiva. Os resultados deste estudo vão de encontro à literatura acerca deste tema que diz que mulheres que possuem problemas de saúde mental antes ou durante a gravidez, são mais prováveis de não amamentar (Grigoriadis et al., 2013) ou não fazer amamentação exclusiva comparativamente a mulheres que não possuem problemas de saúde mental anteriores (Sha et al., 2019).

Conclusão

Este estudo revelou que o parto traumático pode aumentar o risco de surgirem sintomas de depressão, e que uma percepção mais elevada de parto traumático corresponde a níveis mais elevados de sintomas de depressão. Apesar de não se ter verificado uma associação entre o parto traumático e a ansiedade, considera-se relevante continuar a aprofundar e explorar

o tema da ansiedade no período após o parto pois, foi possível verificar que ainda não existem estudos suficientes acerca dessa temática no pós-parto especialmente em Portugal.

Também foi possível verificar ausência de moderação dos problemas de saúde mental prévios na associação entre parto traumático e sintomatologia depressiva e ansiosa. Ou seja, independentemente de a mulher ter tido problemas de saúde mental prévios, a experiência de um parto traumático não faz com que as mulheres apresentem mais sintomas de depressão e ansiedade.

Este estudo tem implicações clínicas importantes no âmbito do parto e pós-parto. Sabendo que o parto traumático é um fator de risco para o surgimento de depressão no período após o parto independentemente de as mulheres já terem experienciado outro tipo de adversidade prévia, nomeadamente problemas de saúde mental, é importante que os profissionais de saúde conheçam as consequências e implementem estratégias para promover uma experiência de parto o mais positiva possível. Prevenindo o aparecimento de problemas de saúde mental no pós-parto, identificando e intervindo precocemente com as mulheres que possam estar mais em risco de desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa, nomeadamente, mulheres que já tenham tido problemas de saúde mental prévios, sendo de extrema importância existirem políticas de rastreio melhoradas e mais abrangentes e que incluam e abordem os problemas de saúde mental.

Algumas limitações a ter em consideração são o facto de o estudo ser transversal, e por isso não assegurar a possibilidade de causalidade entre as variáveis. Ou seja, por se focar apenas num determinado momento de avaliação, não permite prever nem considerar o que acontece antes ou depois.

Uma força deste estudo foi o facto de se ter analisado o impacto do trauma nas duas variáveis dependentes em modelos diferentes. Visto que se sabe que existe elevada comorbilidade entre a ansiedade e depressão, a distinção entre os dois tipos de sintomatologia foi importante e relevante para perceber o impacto do parto traumático em cada uma delas individualmente.

Bibliografia

- Arday, J. (2018). Understanding mental health: what are the issues for black and ethnic minority students at university?. *Social Sciences*, 7(10), 196. <https://doi.org/10.3390/socsci7100196>
- Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K (2016) The aetiology of posttraumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med* 46(6):1121–1134 <https://doi.org/10.1017/s0033291715002706>
- Akinbode, T. D., Pedersen, C., & Lara-Cinisomo, S. (2021). The price of pre-adolescent abuse: Effects of sexual abuse on perinatal depression and anxiety. *Maternal and child health journal*, 25(7), 1083-1093. <https://doi.org/10.1007/s10995-020-03088-x>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora
- Anderson, C. A. (2017). *The trauma of birth*. *Health Care for Women International*, 38(10), 999–1010. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1363208>
- Bai, G., Korfage, I. J., Mautner, E., & Raat, H. (2019). Determinants of maternal health-related quality of life after childbirth: the generation R study. *International journal of environmental research and public health*, 16(18), 3231. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183231>
- Bell, A. F., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., ... & Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Archives of women's mental health*, 19, 219-227 <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0555-7>
- Boorman, R. J., Devilly, G. J., Gamble, J., Creedy, 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>
- Chabbert, M., Guillemot-Billaud, A., Rozenberg, P., & Wendland, J. (2021). Déterminants des symptômes d'anxiété, de dépression et de détresse péri-traumatique chez les femmes en post-partum immédiat. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 49(2), 97-106. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.10.002>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

- Cook, B. L., Hou, S. S. Y., Lee-Tauler, S. Y., Progovac, A. M., Samson, F., & Sanchez, M. J. (2019). A review of mental health and mental health care disparities research: 2011-2014. *Medical Care Research and Review*, 76(6), 683-710. <https://doi.org/10.1177/1077558718780592>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Dishy, G. A., & Mayopoulos, P. A. (2020). Beyond postpartum depression: posttraumatic stress-depressive response following childbirth. *Archives of women's mental health*, 23(4), 557-564. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-01006-x>
- Dennis, C. L., & Vigod, S. (2013). The relationship between postpartum depression, domestic violence, childhood violence, and substance use: epidemiologic study of a large community sample. *Violence against women*, 19(4), 503-517. <https://doi.org/10.1177/10778012134870>
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Eckerdal, P., Georgakis, M. K., Kollia, N., Wikström, A. K., Högberg, U., & Skalkidou, A. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 97(3), 301-311. <https://doi.org/10.1111/aogs.13275>
- Field, T. (2017). Postpartum anxiety prevalence, predictors and effects on child development: A review. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*, 1(2), 86–102. <https://doi.org/10.26502/jppd.2572-519x0010>
- García-Blanco, A., Vento, M., Diago, V., & Cháfer-Pericás, C. (2016). Reference ranges for cortisol and α -amylase in mother and newborn saliva samples at different perinatal and postnatal periods. *Journal of Chromatography B*, 1022, 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.jchromb.2016.04.035>
- Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M. M., Dikayak, S., Yildirim, Y., & Koyuncu, F. M. (2012). Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor?. *International Scholarly Research Notices*, 2012. <https://doi.org/10.5402/2012/616759>
- Greenfield, M., Jomeen, J., and Glover, L. (2016). What is traumatic birth? A concept analysis and literature review. *Br. J. Midwifery* 24, 254–267. <https://doi.org/10.12968/bjom.2016.24.4.254>

- Grekin, R., & O'Hara, M. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C. L., Koren, G., ... & Ross, L. E. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(4), 8615. <https://doi.org/10.4088/jcp.12r07968>
- Guintivano, J., Manuck, T., & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of postpartum depression: a comprehensive review of the last decade of evidence. *Clinical obstetrics and gynecology*, 61(3), 591. <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000368>
- Hahn-Holbrook, J, Cornwell-Hinrichs, T & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta- regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in psychiatry*, 8, 248. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00248>
- Howard, K., Maples, J. M., & Tinius, R. A. (2022). Modifiable maternal factors and their relationship to postpartum depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19), 12393. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912393>
- Hüner, B., Friedl, T., Schütze, S., Polasik, A., Janni, W., & Reister, F. (2023). Post-traumatic stress syndromes following childbirth influenced by birth mode—is an emergency cesarean section worst?. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s00404-023-07114-5>
- Imširagić, A. S., Begić, D., Šimičević, L., & Bajić, Ž. (2017). Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth—A Croatian longitudinal study. *Women and Birth*, 30(1), e17-e23. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.007>
- Jacobson, N. C., & Newman, M. G. (2017). Anxiety and depression as bidirectional risk factors for one another: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 143(11), 1155. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/bul0000111>
- Jha, P., Larsson, M., Christensson, K., & Svanberg, A. S. (2018). Fear of childbirth and depressive symptoms among postnatal women: A cross-sectional survey from Chhattisgarh, India. *Women and Birth*, 31(2), e122-e133. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.07.003>

- Johansen, S. L., Stenhaug, B. A., Robakis, T. K., Williams, K. E., & Cullen, M. R. (2020). Past psychiatric conditions as risk factors for postpartum depression: A nationwide cohort study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 81(1), 18405. <https://doi.org/10.4088/jcp.19m12929>
- Kalin, N. H. (2020). The critical relationship between anxiety and depression. *American Journal of Psychiatry*, 177(5), 365-367. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20030305>
- Leach, L. S., Poyser, C., & Fairweather-Schmidt, K. (2017). Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clinical Psychologist*, 21(1), 4-19. <https://doi.org/10.1111/cp.12058>
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-24>
- Martini, J., Petzoldt, J., Einsle, F., et al., 2015. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective longitudinal study. *J. Affect. Disord.* 175, 385–395. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.012>
- Mughal, M. K., Giallo, R., Arnold, P. D., Kehler, H., Bright, K., Benzies, K., ... & Kingston, D. (2019). Trajectories of maternal distress and risk of child developmental delays: Findings from the All Our Families (AOF) pregnancy cohort. *Journal of affective disorders*, 248, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.132>
- Nicholls, K., & Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: A qualitative study. *British journal of health psychology*, 12(4), 491-509 <https://doi.org/10.1348/135910706X120627>
- O'Campo, P., Schetter, C. D., Guardino, C. M., Vance, M. R., Hobel, C. J., Ramey, S. L., & Shalowitz, M. U. (2016). Explaining racial and ethnic inequalities in postpartum allostatic load: Results from a multisite study of low to middle income women. *SSM-population health*, 2, 850–858. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.10.014>
- O'hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379-407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>

- Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open*. 2018;8(10):e020347 <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020347>
- Polte, C., Junge, C., von Soest, T., Seidler, A., Eberhard-Gran, M., & Garthus-Niegel, S. (2019). Impact of maternal perinatal anxiety on social-emotional development of 2-year-olds, a prospective study of Norwegian mothers and their offspring: The impact of perinatal anxiety on child development. *Maternal and child health journal*, 23, 386-396. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2684-x>
- Pop-Jordanova, N. (2022). Childbirth-Related Psychological Trauma. *Contributions/Prilozi (1857-9345)*, 43(1). <https://doi.org/10.2478/prilozi-2022-0002>
- Rahman, A., Fisher, J., Bower, P., Luchters, S., Tran, T., Yasamy, M. T., ... & Waheed, W. (2013). Interventions for common perinatal mental disorders in women in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 91, 593-601 <https://doi.org/10.2471/blt.12.109819>
- Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, D., Quirós-García, J. M., Martínez-Galiano, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's perceptions of living a traumatic childbirth experience and factors related to a birth experience. *International journal of environmental research and public health*, 16(9), 1654. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091654>
- Smorti, M., Ponti, L., & Pancetti, F. (2019). A comprehensive analysis of post-partum depression risk factors: the role of socio-demographic, individual, relational, and delivery characteristics. *Frontiers in public health*, 7, 295. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00295>
- Sha, T., Gao, X., Chen, C., Li, L., Cheng, G., Wu, X., ... & Yan, Y. (2019). A prospective study of maternal postnatal depressive symptoms with infant-feeding practices in a Chinese birth cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2559-1>
- Türkmen, H., Yalniz Dİlçen, H., & Özçoban, F. A. (2021). Traumatic childbirth perception during pregnancy and the postpartum period and its postnatal mental health outcomes: a prospective longitudinal study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 39(4), 422-434. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1792429>

- Underwood, L., Waldie, K. E., D'Souza, S., Peterson, E. R., & Morton, S. M. (2017). A longitudinal study of pre-pregnancy and pregnancy risk factors associated with antenatal and postnatal symptoms of depression: Evidence from growing up in New Zealand. *Maternal and Child Health Journal*, 21, 915–931. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2191-x>
- Webb, R., & Ayers, S. (2015). Cognitive biases in processing infant emotion by women with depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in pregnancy or after birth: A systematic review. *Cognition and Emotion*, 29(7), 1–17. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.977849>
- Webb, R., Ayers, S., Bogaerts, A., Jeličić, L., Pawlicka, P., Van Haeken, S., ... & Kolesnikova, N. (2021). When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03898-z>
- World Health Organization. (2018). *WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience*. World Health Organization. <https://doi.org/10.30934/kusbed.546900>
- World Psychiatric Association (2017). WPA perinatal mental health position statement.
- Yang, S. N., Shen, L. J., Ping, T., Wang, Y. C., & Chien, C. W. (2011). The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *Journal of affective disorders*, 132(1-2), 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.009>

ANEXOS

Anexo 1 – Tabela suplementar das análises para identificação das covariáveis

Tabela Suplementar 1

Análises para identificação das covariáveis

Variáveis		Parto Traumático	EPDS_2M	STAI_2M		Trauma prévio	Problemas de saúde mental prévios
Idade	P	-.100	-.064	-.059	P	.161	.013
	Sig.	-.179	.392	.429	Sig.	.033*	.864
Prematuridade	F/P	.000	.447	.297	F/P	.690	0.23
	Sig	.988	.505	.586	Sig	.406	.879
Nº de bebés	F/P	.097	.389	.136	F/P	.570	1.123
	Sig	.755	.533	.713	Sig	.450	.289
Etnia	F/P	.227	1.249	.016	F/P	.138	4.292
	Sig	.635	.265	.898	Sig	.710	.038*
País de nascimento	F/P	.315	.021	.002	F/P	2.547	.507
	Sig	.575	.885	.967	Sig	.111	.477
Estado Civil	F/P	.811	.938	1.142	F/P	3.130	1.380
	Sig	.520	.443	.338	Sig	.536	.848
Educação	F/P	.986	1.603	1.834	F/P	.638	1.924
	Sig	.322	.207	.177	Sig	.425	.165
Rendimento	F/P	.057	4.747	6.082	F/P	.508	2.645
	Sig	.944	.010 *	.003 *	Sig	.776	.266
Comp. mãe	F/P	8.573	.015	.253	F/P	5.795	.171
	Sig	.004 *	.902	.615	Sig	.016*	.680
Comp. bebé	F/P	2.805	.040	.132	F/P	1.172	.000
	Sig	.096	.842	.717	Sig	.279	.992
Contacto pele a pele	F/P	6.780	.240	.041	F/P	1.525	.061
	Sig	.010 *	.625	.840	Sig	.217	.804
Amamentação	F/P	.013	1.291	1.960	F/P	2.372	4.11
	Sig	.910	.257	.163	Sig	.124	.043*
Tipo de parto	F/P	31.229	.288	.263	F/P	.031	.075
	Sig	.000 *	.592	.609	Sig	.859	.784
Paridade	F/P	2.248	.011	.016	F/P	1.102	1.160
	Sig	.136	.918	.898	Sig	.294	.281
Anestesia	F/P	2.363	3.454	2.385	F/P	4.865	2.544
	Sig	.073	.018 *	.071	Sig	.182	.467

Nota. *p < .05; **p<.01;***p<0.001