



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**ADVERSIDADE OBSTÉTRICA E NEONATAL E
SINTOMAS DE *STRESS* PÓS-TRAUMÁTICO
ASSOCIADOS AO NASCIMENTO DO BEBÉ: O
PAPEL MODERADOR DA COPARENTALIDADE**

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Tiago Miguel Pinto.

Ana Margarida Meca Pratas Duarte de Jesus, nº 22101713

2024

www.lusofona.pt

**ADVERSIDADE OBSTÉTRICA E NEONATAL E
SINTOMAS DE *STRESS* PÓS-TRAUMÁTICO
ASSOCIADOS AO NASCIMENTO DO BEBÉ: O
PAPEL MODERADOR DA COPARENTALIDADE
VERSÃO FINAL**

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 20/02/2024, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º: 590/2024, de 19 de Janeiro, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^a. Doutora Carla Sousa

Arguente: Prof^a. Doutora Ana Fonseca (FPCE - Universidade de Coimbra)

Orientador: Prof. Doutor Tiago Miguel Pinto

Este trabalho foi orientado, igualmente, pela Prof^a. Doutora Raquel Costa e Prof^a. Doutora Stephanie Alves.

Ana Margarida Meca Pratas Duarte de Jesus, n.º 22101713

2024

Agradecimentos

Quero agradecer, primeiramente, à Universidade Lusófona, à Escola de Psicologia e Ciências da Vida (EPCV) e a todos os docentes, que direta ou indiretamente passaram pelo meu percurso académico e me transmitiram aprendizagens, apoio, exigência e encorajamento.

Um agradecimento sincero à Professora Doutora Stephanie Alves pela transmissão de entusiasmo, tranquilidade e conforto durante todo o trabalho na presente dissertação. Ao Professor Doutor Tiago Pinto e à Professora Doutora Raquel Costa pelo acompanhamento, oportunidades e transmissão de conhecimentos. A toda a equipa do projeto INTERSECT, pelo apoio, acompanhamento e suporte no processo de recolha de dados.

Este trabalho foi parcialmente financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia - FCT (Ministério Português da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior), sob a concessão HEI-LAB (UIDB/05380/2020), pelo que agradeço igualmente às duas entidades por permitirem a realização da presente dissertação. Um agradecimento especial à Maternidade Alfredo da Costa (MAC) pela disponibilidade na recolha de dados, às enfermeiras da Unidade de Alto Risco e às mães que se disponibilizaram em participar no estudo.

Aos meus amigos e a todos os colegas que estiveram presentes neste último ano, pela ajuda e presença em momentos mais desafiantes.

À minha família: pai, mãe e irmã pelo incansável apoio, presença e companheirismo em momentos bons e menos bons, por acreditarem nas minhas capacidades e por me transmitirem sempre força, resiliência e amor.

Muito obrigada!

Resumo

A maternidade é um momento desafiante na vida de uma mulher. O parto pode ser vivenciado pela mulher como traumático, o que pode acarretar consequências para a sua saúde física e mental. Nomeadamente, pode levar à emergência de sintomas de *stress* pós-traumático (PTSD) associados ao nascimento do bebé. Estes sintomas podem desenvolver-se devido a fatores de risco e de vulnerabilidade obstétricos e neonatais. O objetivo deste estudo foi analisar a associação entre adversidade obstétrica e neonatal e sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. Adicionalmente, explorou o papel moderador da coparentalidade nessa associação. A amostra foi constituída por 187 participantes no período pós-parto (6 a 12 semanas). O recrutamento foi feito no Centro Hospitalar Universitário de São João (Porto) e na Maternidade Alfredo da Costa (Lisboa). A adversidade obstétrica e neonatal foi avaliada através do questionário sociodemográfico, os sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé através do *City Birth Scale* (CBTS) e a coparentalidade através da Escala da Relação Coparental – Versão Reduzida (ERC-VR). Os resultados demonstraram que as mulheres que reportaram mais adversidade obstétrica e neonatal reportaram mais sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé. A coparentalidade não teve um papel moderador na associação principal. A intervenção clínica poderá desenvolver-se no âmbito da prevenção, rastreamento, minimização e proteção das mulheres mais vulneráveis e em maior risco de apresentarem sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé.

Palavras-chave: adversidade obstétrica e neonatal, coparentalidade, PTSD, fatores de risco, momento perinatal.

Abstract

Motherhood is a challenging time in a woman's life. Childbirth can be experienced as traumatic, which can have consequences for her physical and mental health. Specifically, it can lead to the emergence of post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms associated with the baby's birth. These symptoms can develop due to obstetric and neonatal risk and vulnerability factors. The aim of this study was to analyze the association between obstetric and neonatal adversity and PTSD symptoms associated with the baby's birth. Additionally, it explored the moderating role of co-parenting in this association. The sample consisted of 187 participants in the postpartum period (6 to 12 weeks). Recruitment was done at the Centro Hospitalar Universitário de São João (Porto) and the Maternidade Alfredo da Costa (Lisbon). Obstetric and neonatal adversity was assessed through a sociodemographic questionnaire, PTSD symptoms associated with the baby's birth through the City Birth Scale (CBTS), and co-parenting through the Co-parenting Relationship Scale – Short Version (CRS-SV). The results showed that women who reported more obstetric and neonatal adversity reported more total PTSD symptoms associated with the baby's birth. Co-parenting did not have a moderating role in the main association. Clinical intervention may develop in the context of prevention, screening, minimization, and protection of women who are more vulnerable and at greater risk of presenting PTSD symptoms associated with the baby's birth.

Keywords: obstetric and neonatal adversity, co-parenting, PTSD, risk factors, perinatal moment.

Lista de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

% – Percentagem

α – Alfa de Cronbach

β – Coeficiente Beta

B – Coeficiente de regressão

F – Teste F

ΔR^2 – R-quadrado ajustado

CBTS – *City Birth Scale*

CEDIC – Comissão de Ética e Deontologia para a Investigação Científica

IC – Intervalo de confiança

DP – Desvio-padrão

e.g. – Por exemplo

EP – Erro-padrão

ERC-VR – Escala da Relação Coparental: Versão Reduzida

et al. – E outros

i.e. – Isto é

M – Média

Min. – Mínimo

Máx. – Máximo

N – Tamanho da amostra

n – Número de participantes por variável

p – Valor de probabilidade

PTSD – Perturbação de *stress* pós-traumático

R^2 – R-quadrado

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

t – Teste t

LL – Limite mínimo

UL – Limite máximo

Índice Geral

Introdução	10
Sintomas de <i>stress</i> pós-traumático associados ao nascimento do bebé.....	11
<i>Diathesis-stress Models</i>	11
Fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de <i>stress</i> pós-traumático associados ao nascimento do bebé	13
Fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas de <i>stress</i> pós-traumático associados ao nascimento do bebé	14
Fatores protetores para o desenvolvimento de sintomas de <i>stress</i> pós-traumático associados ao nascimento do bebé	15
A coparentalidade e a sua multidimensionalidade	15
A coparentalidade e a saúde mental no período após o parto.....	16
Objetivos e hipóteses.....	17
Método.....	18
Participantes	18
Procedimento	22
Instrumentos	23
<i>Variáveis sociodemográficas</i>	23
<i>Adversidade obstétrica e neonatal</i>	23
<i>Coparentalidade</i>	23
<i>Sintomas de stress pós-traumático associados ao nascimento do bebé</i>	24
Análise estatística	25
Resultados.....	25
Resultados preliminares.....	25
Sintomas de <i>stress</i> pós-traumático associados ao nascimento do bebé: a associação com a adversidade obstétrica e neonatal e com a coparentalidade.....	28
O papel moderador da coparentalidade na associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas de <i>stress</i> pós-traumático associados ao nascimento do bebé.....	38
Discussão.....	41
Adversidades obstétricas e sintomas de <i>stress</i> pós-traumático associados ao nascimento do bebé.....	41
A coparentalidade como moderador da relação entre adversidades obstétricas e sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé	42

Forças e limitações do estudo	43
Implicações para a prática	43
Investigação futura	44
Conclusão	45
Referências	46

Índice de tabelas

Tabela 1. <i>Características sociodemográficas e obstétricas das participantes</i>	19
Tabela 2. <i>Estatísticas descritivas das variáveis de interesse</i>	27
Tabela 3. <i>Associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé</i>	29
Tabela 4. <i>Associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé</i>	30
Tabela 5. <i>Associação entre a coparentalidade e os sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé</i>	34
Tabela 6. <i>Associação entre a coparentalidade e os grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé</i>	35
Tabela 7. <i>O papel moderador da coparentalidade na associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé</i>	39
Tabela 8. <i>O papel moderador da coparentalidade na associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé</i>	40

Introdução

A maternidade é um período particularmente desafiante e de transição desenvolvimental para uma mulher. Compreende a gravidez, o parto e o pós-parto, sendo que ao longo desta transição existem inúmeras mudanças físicas, sociais, relacionais e psicológicas (Hwang et al., 2022; Young & Ayers, 2021). A nível físico, durante a gravidez, a mulher atravessa várias alterações cardíacas, metabólicas, respiratórias e endócrinas, que perduram após o parto e originam e requerem um processo de adaptação da imagem corporal (Hwang et al., 2022; Soma-Pillay et al., 2016). Em termos psicológicos, a mulher pode experienciar diferentes emoções e sentimentos positivos e negativos, como a alegria, a realização, a ansiedade, o desamparo ou a solidão, que podem acentuar-se no período pós-parto devido ao cuidado e presença do bebé (Henderson et al., 2015; Hwang et al., 2022; Nomaguchi et al., 2020). No domínio relacional e social, o desenvolvimento da relação com o bebé, a redefinição das relações familiares, sociais e com o parceiro e a alteração da identidade social são as principais mudanças na maternidade (Hwang et al., 2022; Sheeran et al., 2015; Williamson et al., 2020). Todas estas mudanças a nível psicológico, se não identificadas e cuidadas, podem levar a problemas preocupantes do foro da saúde mental.

A comunicação social tem dado cada vez mais atenção à experiência das mulheres aquando do parto (e.g., Leistner, 2021; Marques, 2022). Isto deve-se à investigação realizada ao longo dos anos, que conclui que existem inúmeros fatores que podem influenciar a perceção da gravidez, do parto e do pós-parto e que, por sua vez, podem levar à emergência de problemas de saúde mental perinatal (Heyne et al., 2022). Sabe-se que as perturbações mais prevalentes, associadas ao pós-parto e a tudo o que isso implica, é a depressão, seguindo-se a ansiedade e a perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) (e.g., Bell et al., 2015; Carter et al., 2022; Heyne et al., 2022; van der Kolk, 2000). Apesar da investigação existente, ainda é necessário aprofundar mais o conhecimento sobre esta perturbação. Mesmo não sendo a perturbação mais prevalente esta está associada a dificuldades ao nível relacional (i.e., relações conjugais mais negativas, interação e ligação mãe-bebé), físico (i.e., questões fertilidade na mulher, baixo peso do bebé à nascença), emocional (i.e., comportamentos agressivos e ideação suicida da mulher) e desenvolvimental (i.e., desenvolvimento cognitivo do bebé, questões alimentares no bebé) (Ayers et al., 2006; Garthus-Niegel et al., 2018; Joensuu et al., 2023; Cook et al.,

2018; Sanjuan et al., 2021). Isto mostra a necessidade de estudar quais os fatores de risco, vulnerabilidade e de proteção para o desenvolvimento da PTSD no contexto perinatal.

Sintomas de *stress* pós-traumático associados ao nascimento do bebé

A exposição a condições extremamente impactantes ou acontecimentos traumáticos pode desencadear respostas neurofisiológicas ao *stress* (i.e., ativação do sistema nervoso simpático, ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenais e ativação do eixo simpático-adrenal-medular) e sintomas associados ao trauma (e.g., angústia) que podem interferir significativamente no funcionamento do indivíduo (Chu et al., 2022; Oakley et al., 2021). A PTSD é um problema de saúde mental resultante da exposição (direta ou indireta) a um ou mais acontecimentos traumáticos que se manifesta em sintomas como *flashbacks*, ansiedade, alterações do humor, comportamentos de evitamento, pensamentos intrusivos e comportamentos ativadores/reativos (American Psychiatric Association, 2013; Carter et al., 2022; Czarnocka & Slade, 2000; Friedman, 2011).

A prevalência de um diagnóstico de PTSD em mulheres no pós-parto, mais concretamente no primeiro mês após o parto, é entre 1% a 6% (Adewuya et al., 2006; Olde et al., 2006; Soderquist et al., 2009; Yildiz et al., 2017). Entre 10% a 30% das mulheres apresentam sintomas sub-clínicos de *stress* pós-traumático ou o que alguns autores apelidam de PTSD parcial, sintomas de PTSD ou *Subsyndromal PTSD* (Alcorn et al., 2010; Friedman, 2011; Olde et al., 2006; White et al., 2006). No período pós-parto, os sintomas mais frequentes manifestam-se, em particular, em sentimentos de culpa, abandono e falta de esperança, pesadelos e memórias frequentes sobre o parto (Ertan et al., 2021; Shorey & Wong, 2020). Os sintomas de PTSD podem acarretar consequências negativas, nomeadamente na relação com o bebé e na relação conjugal (Ionio & Blasio, 2014; Nicholls & Ayers, 2007). Assim é importante explorar os fatores de risco e protetores para o desenvolvimento de sintomas de PTSD.

Diathesis-stress Models

A compreensão da PTSD relacionada com o nascimento do bebé pode ser realizada através do *Diathesis-stress Model* (McKeever & Huff, 2003). Este modelo, desenvolvido especificamente para o contexto da PTSD, pressupõe interações entre fatores de risco pré-mórbidos (i.e., *diathesis*) e stressores situacionais (e.g., doença crónica, perda de um familiar, ansiedade laboral), duas componentes comuns no desenvolvimento de problemas de saúde mental. Os fatores de risco (divididos em fatores

de risco ecológicos e fatores de risco biológicos) são vistos como predisponentes para uma determinada condição patológica, assim como os stressores situacionais. Estes últimos se forem suficientemente severos acabam por ter o papel de ativadores dos fatores de risco e consequentemente incitadores, numa segunda linha, do desenvolvimento da condição patológica (McKeever & Huff, 2003). O desenvolvimento de problemas de saúde mental acaba, então, por depender da interação (e influência mútua) entre os fatores de risco presentes e o grau de *stress* experienciado pelo indivíduo (McKeever & Huff, 2003). Esta interação poderá ser influenciada por fatores protetores, que atuam na minimização do impacto do *stress* na resposta comportamental do indivíduo (Chaudhary, 2017). Nesse âmbito é possível referir o *Risk-Resilience Continuum Model*, um *Diathesis-Stress Model* que engloba os fatores de proteção nas interações entre os fatores de risco e os stressores situacionais (Chaudhary, 2017; Quaedflieg & Smeets, 2020). Alguns dos fatores protetores referidos são a auto-eficácia, a auto-estima positiva, a existência de estratégias de *coping* positivas, boas relações sociais com a família nuclear e suporte social (Chaudhary, 2017; Quaedflieg & Smeets, 2020; Risser, 2023).

A investigação tem demonstrado que indivíduos com maior risco de virem a desenvolver PTSD têm mais fatores de risco biológicos (e.g., alterações genéticas como alterações no gene SLC6A4 transportador de serotonina ou no gene SLC6A3 transportador da dopamina, alterações estruturais como atrofia do hipocampo), ecológicos (e.g., história de abuso na infância, suporte social), ou ambos, o que faz com que sejam mais vulneráveis ao desenvolvimento desta perturbação (Banerjee et al., 2017; McKeever & Huff, 2003). Pelo contrário, indivíduos com menos fatores de risco podem não desenvolver nenhum sintoma de PTSD, mesmo que tenham experienciado uma intensa situação traumática. Tal sugere que a saúde mental resulta da interação complexa entre os fatores de risco biológicos e ecológicos e entre as situações stressantes (McKeever & Huff, 2003).

O *Diathesis-stress Model* específico para a PTSD foi adaptado por Ayers e colaboradores (2016) para o contexto da PTSD associada ao parto. A adaptação foi feita com base numa revisão sistemática e posterior meta-análise da literatura. Esta análise culminou em três dimensões: fatores de vulnerabilidade, fatores de risco relacionados com o parto e fatores relacionados com o pós-parto (i.e., comorbilidades, como ansiedade, depressão e *coping*). Estes fatores, se isolados, podem levar a uma resposta sintomatológica característica da PTSD após o parto, que pode resultar em remissão de

sintomas ou manter-se ao longo do tempo. Apesar de os fatores de risco relacionados com o parto e os fatores de vulnerabilidade, isoladamente, terem influência na manifestação de sintomas, a interação entre eles mostra estar mais associada a uma resposta sintomatológica traumática. Tanto a remissão como a manutenção dos sintomas de PTSD decorrem da sua associação com os fatores de vulnerabilidade, pós-parto e relacionados com o parto. Por sua vez, estas associações dependem de variáveis como o tempo após o parto (Ayers et al., 2016). Com o passar do tempo desde o nascimento, a ligação entre a PTSD e os fatores de risco associados ao parto tende a enfraquecer. Em contraste, a associação com os fatores de vulnerabilidade e pós-parto tende a fortalecer-se. Isso indica que uma associação mais forte aumenta a probabilidade de a PTSD persistir ao longo do tempo. Por outro lado, uma associação mais fraca sugere uma maior probabilidade da remissão, a curto prazo, dos sintomas de PTSD (Ayers et al., 2016).

Fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas de *stress* pós-traumático associados ao nascimento do bebé

Existem vários fatores de risco para o desenvolvimento de sintomas PTSD após o nascimento de uma criança. A literatura e o modelo de Ayers e colaboradores (2016) revelam que, nos fatores de risco relacionados com o parto, encaixam-se a perceção e expectativas negativas sobre o parto, parto vaginal instrumentado, parto por cesariana de emergência, parto prematuro, maior duração do parto, uso de epidural, maior perceção da dor, complicações obstétricas (i.e., que colocam a vida da mãe e do bebé em risco), perceção de incompetência dos profissionais de saúde, perceção de pouco controlo/possibilidade de tomada de decisão durante o parto e sintomas dissociativos no parto (Ayers et al., 2016; Dekel et al., 2017; Dekel et al., 2019; Ertan et al., 2021; Ghorbani et al., 2014; Mucuk & Ozka, 2022; Nicholls & Ayers, 2007; Wijma et al., 1997).

As complicações obstétricas, o parto vaginal instrumentado, o parto por cesariana de emergência e a existência de um parto prematuro são os fatores de risco mais explorados na literatura (e.g., Grekin & O'Hara, 2014; Maggioni et al., 2006; Polachek et al., 2012). Os partos instrumentalizados são mais violentos e impactantes para as mulheres durante o parto, comparativamente com os partos vaginais (Bailham & Joseph, 2003; Beck & Watson, 2010; Carter et al., 2022; Simpson et al., 2017; Soderquist et al., 2009). As cesarianas de emergência estão associadas ao desenvolvimento de sintomas de PTSD após o parto (Adewuya et al., 2006; Creedy et al., 2000; Ertan et al., 2021; Soderquist et al., 2009). As complicações obstétricas estão associadas ao

desenvolvimento de perceções negativas relativas ao parto e a maior probabilidade de desenvolvimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé (Creedy et al., 2000; Dekel et al., 2017; Dekel et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Polachek et al., 2012). O parto prematuro é reportado, pelas mulheres, como traumático e associado a um parto difícil (Alcorn et al., 2010; Reed et al., 2017). Igualmente, o surgimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé são mais comuns em mulheres com filhos em risco, nomeadamente bebés que tenham nascido pré-termo (Beck & Harrison, 2017; Ghorbani et al., 2014; Holditch-Davis et al., 2003; Shaw et al., 2014; Yildiz et al., 2017). Esta associação também se verifica com um diagnóstico de PTSD prévio ao parto (Yonkers et al., 2014).

Fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas de *stress* pós-traumático associados ao nascimento do bebé

Tendo em conta a literatura e, igualmente, o modelo de Ayers e colaboradores (2016), existem fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé, ou seja, fatores que, se presentes, aumentam o risco de a mulher desenvolver estes sintomas. Nomeadamente, história de problemas de saúde mental e eventos traumáticos (Ayers et al., 2016). A literatura mostra que a história prévia de problemas de saúde mental (e.g., perturbações e sintomatologia ansiosa e depressiva) associa-se a maior probabilidade de desenvolvimento de sintomas e diagnóstico de PTSD após o parto (e.g., Alcorn et al., 2010; Grekin & O'Hara, 2014; Polachek et al., 2012, 2016; Soet et al., 2003; Verreault et al., 2012).

A experiência de um primeiro parto é um fator de vulnerabilidade menos explorado na literatura (em comparação com os fatores referidos anteriormente) apesar de existir evidência que remete para a sua importância no desenvolvimento de sintomas PTSD associados ao nascimento do bebé (e.g., White et al., 2006; Sigurdardottir et al., 2017; Simpson et al., 2017; Heyne et al., 2022). De forma geral, a paridade associa-se a sintomas de PTSD após o parto (e.g., Adewuya et al., 2006; Ayers, 2004, 2009; Gankanda et al., 2017; Soderquist et al., 2009). A existência de um primeiro parto associa-se a menos sintomas de PTSD após o parto (Aktas, 2018; İsbîr et al., 2016; Schwab et al., 2012; Shiva et al., 2021). Comparando mulheres primíparas com mulheres múltíparas, as mulheres primíparas percebem o parto como mais adverso (i.e., sentir pouco controlo, ter bastante medo de perder a vida e de perder o bebé, existência procedimentos médicos inesperados), o que aumenta a probabilidade do desenvolvimento de sintomas de PTSD

associados ao nascimento do bebé (Czarnocka & Slade, 2000; Henriksen et al., 2017; Wijma et al., 1997). A existência de um parto anterior acaba, então, por se mostrar um fator de menor risco para o desenvolvimento de sintomas de PTSD no pós-parto (provavelmente devido às mulheres apresentarem alguma experiência relativa ao contexto), o que se reflete em menores níveis de sintomas de PTSD (Chabbert et al., 2021; Gankanda et al., 2017).

Fatores protetores para o desenvolvimento de sintomas de *stress* pós-traumático associados ao nascimento do bebé

O suporte social (i.e., suporte do parceiro e dos profissionais de saúde) é cada vez mais identificado como um fator protetor dos sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé e no pós-parto (Khsim et al., 2022). Os estudos existentes mostram que o suporte do parceiro é um fator protetor para o desenvolvimento de PTSD associados ao nascimento do bebé. A falta deste, por sua vez, está associado a sintomas mais severos de PTSD associados ao nascimento do bebé (e.g., Creedy et al., 2000; Eggermont et al., 2017; Lemola et al., 2007; Nicholls & Ayers, 2007; Soet et al., 2003). A perceção negativa de suporte social (antes e durante o parto) é preditora da perceção do parto como traumático, apesar de existirem estudos de carácter qualitativo que mostram que as mulheres podem apresentar uma perceção positiva de suporte social após o parto, mesmo tendo atravessado um parto percecionado como traumático (Ayers et al., 2006; Creedy et al., 2000; Nicholls & Ayers, 2007; Soet et al., 2003).

A coparentalidade e a sua multidimensionalidade

O suporte por parte do parceiro, como referido previamente, mostra-se um fator protetor para o desenvolvimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. Por sua vez, a coparentalidade é um processo da família que se refere à coordenação de dois adultos nos cuidados de uma criança e que implica um suporte mútuo e uma articulação nas tarefas (Feinberg, 2003; van Egeren & Hawkins, 2004). A relação coparental emerge durante a gravidez, através de representações mentais desenvolvidas pelos pais (Feinberg, 2003; van Egeren & Hawkins, 2004). Apesar de distintas, a relação conjugal e a relação coparental são dois processos familiares que se relacionam. A relação coparental emerge da relação conjugal, com a capacidade de resolução de problemas, de resolução de conflitos e de suporte ao parceiro a serem fatores preditores da coparentalidade (van Egeren, 2003; Poblete & Gee, 2018).

A coparentalidade é conceptualizada como multidimensional (Teubert & Pinquart, 2010). Feinberg (2012) propôs um modelo que alberga cinco dimensões, associadas entre si e de carácter variável, tendo em conta o contexto familiar: o acordo, a divisão de tarefas, o suporte/sabotagem entre os pais, a gestão familiar e a parentalidade baseada na proximidade. Especificando, o acordo remete para o grau em que os pais estão em harmonia relativamente a tópicos associados ao bebé, como educação, valores morais a transmitir, expectativas em relação ao comportamento do filho, segurança e necessidades emocionais da criança (Feinberg, 2003, 2012). A divisão de tarefas diz respeito às responsabilidades parentais e à divisão das mesmas, algo que está associado à existência de flexibilidade ou rigidez dos pais (Feinberg, 2003, 2012). O suporte inclui o apoio que cada membro da díade coparental dá ao outro, através do reconhecimento, respeito e defesa das capacidades, decisões e autoridade do outro (Feinberg, 2003, 2012). A gestão familiar baseia-se na responsabilidade, por parte dos progenitores, dos próprios comportamentos, de assegurar a comunicação, estrutura e coesão entre eles e a família alargada e a sua própria comunicação enquanto pais (Feinberg, 2003, 2012). Para isto existem aspetos relacionados com a gestão familiar, que devem ser tidos em conta, tais como coligações, conflito conjugal e o equilíbrio dos pais na interação com a criança (Feinberg, 2012). Por fim, a parentalidade baseada na proximidade distingue-se do suporte entre os pais, apesar de serem duas dimensões conceptualmente relacionadas.

A coparentalidade tem impacto no desenvolvimento da criança. A exposição ao conflito e o pouco suporte entre os pais associa-se a comportamentos desadaptativos, com comportamentos de externalização/internalização e capacidade de regulação emocional a relacionarem-se com o conflito na relação coparental (Feinberg, 2012; Palkovitz et al., 2013). Por outro lado, a trajetória desenvolvimental da criança é positivamente afetada por uma coparentalidade caracterizada pelo suporte e pela cooperação, com ganhos ao nível do *insight*, resolução de problemas e conhecimentos sobre os processos relacionais (Feinberg, 2012; Palkovitz et al., 2013).

A coparentalidade e a saúde mental no período após o parto

O estudo da coparentalidade no contexto dos sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé e no pós-parto é inexistente, de acordo com o trabalho de pesquisa realizado. Apesar disto, a dimensão do suporte por parte do parceiro é cada vez mais identificado como um fator importante para se perceber a origem dos sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé (Poblete & Gee, 2018; Shorey & Wong, 2020). Num

estudo longitudinal desenvolvido desde os dois meses até aos cinco meses após o parto, as mulheres que reportaram receber mais apoio por parte do parceiro reportaram menor probabilidade de desenvolver sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé (Lemola et al., 2007). Adicionalmente, existe uma associação negativa entre dimensões da relação conjugal (i.e., suporte do parceiro, ajustamento do casal) e sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé (i.e., comportamentos de evitamento e pensamentos intrusivos). Por sua vez, essa associação negativa aplica-se, igualmente, às dimensões da relação conjugal e ao surgimento de sintomas ansiosos e depressivos (Ayers et al., 2016, 2006; Creedy et al., 2000; Czarnocka & Slade, 2000; Eggermont et al., 2017; Galbally et al., 2019; Lemola et al., 2007; Nicholls & Ayers, 2007; Soet et al., 2003).

O estudo da coparentalidade tem vindo a ser, gradualmente, aprofundado no contexto da depressão e ansiedade durante a gravidez e o período pós-parto, mostrando que estas duas perturbações são fatores de risco para uma perceção da relação coparental como pobre e pouco apoiante (e.g., Takeishi et al., 2021; Tissot et al., 2016; Tissot et al., 2016; Williams, 2018).

A relação coparental associa-se a problemas de internalização nas mulheres, como sintomas depressivos e *stress* (Yalcintas & Pike, 2021). No período pós-parto, uma relação coparental positiva está associada a baixos níveis de sintomas depressivos nas mães. Uma relação coparental percecionada como mais apoiante, pelos dois elementos do casal está associada a menos depressão (Williams, 2018).

A coparentalidade tem vindo a ser estudada no contexto da depressão e ansiedade, mas não no contexto da PTSD/sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. Paralelamente, a PTSD após o parto também tem sido estudada neste contexto (i.e., ansiedade e depressão), o que transparece uma possível ligação entre a coparentalidade e PTSD/sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. O estudo da coparentalidade no contexto perinatal pode ser importante, pois, da mesma maneira que se associa e é um preditor da ansiedade e depressão, pode constituir-se como um fator protetor do desenvolvimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé.

Objetivos e hipóteses

Tendo em conta a literatura, este trabalho tem como objetivo geral explorar a associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé em mulheres no período pós-parto. Igualmente tenta compreender

o papel da coparentalidade no contexto pós-natal, aquando de adversidade obstétrica e neonatal e a presença de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé.

O objetivo geral do estudo divide-se em dois objetivos específicos: a) analisar a associação entre a adversidade obstétrica e neonatal (tipo de parto, parto prematuro, complicações obstétricas graves da mãe, complicações graves do bebé) e os sintomas totais/grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé, b) estudar o papel moderador da qualidade da coparentalidade no pós-parto na associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e sintomas totais/grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé.

Decorrentes dos objetivos específicos, formularam-se duas hipóteses que foram avaliadas neste trabalho. São elas: (1) a adversidade obstétrica e neonatal está associada positivamente aos sintomas totais/grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé; (2) a associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e aos sintomas totais/grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé é minimizada pela qualidade da coparentalidade.

Método

Participantes

O presente estudo tem uma amostra de 187 mulheres nos dois meses após o parto. As participantes apresentaram idades compreendidas entre os 20 e os 45 anos ($M = 33.33$; $DP = 5.4$) e a maior parte era casada ou vivia em união de facto (77.0%), identificava-se como parte da maioria étnica (98.2%) e residia no país onde nasceu (83.4%). A maioria das participantes residia numa área urbana (89.1%) e mais de metade apresentava o ensino superior (64.0%) e um estatuto socioeconómico na média (69.4%). Mais de metade das participantes tiveram um parto vaginal ou cesariana eletiva (61.7%) e reportaram não ter problemas de saúde mental prévios (77.8%) nem traumas prévios (57.2%). Metade das participantes referiu não ter mais do que um filho (52.7%). No que se refere às complicações obstétricas e neonatais, a maioria das participantes relataram que não existiu nenhuma complicação obstétrica grave da mãe (92.4%) nem nenhuma complicação grave do bebé (93.6%). Relativamente aos bebés, praticamente todos nasceram no período de termo (≥ 37 semanas de gestação; 93.6%) e mais de metade estavam a ser amamentados de forma exclusiva (57.3%).

Tabela 1

Características sociodemográficas e obstétricas das participantes (N = 187)

Característica	<i>n</i>	%
Estado civil		
Casada/União de facto	144	77.0
Vive com o companheiro(a)	39	20.9
Tem companheiro(a), mas não vivem juntos(as)	4	2.1
Etnia		
Maioria étnica	160	98.2
Minoria étnica	3	1.8
<i>Missings</i>	24	12.8
Residência no país de nascimento		
Não	31	16.6
Sim	156	83.4
Área de residência		
Área urbana	164	89.1
Área rural	20	10.9
<i>Missings</i>	3	1.6
Escolaridade		

Ensino Secundário	67	36.0
Ensino Superior	119	64.0
<i>Missings</i>	1	0.5
Estatuto socioeconómico		
Abaixo da média	12	6.6
Na média	127	69.4
Acima da média	44	24.0
<i>Missings</i>	4	2.1
Tipo de parto		
Parto vaginal/Cesariana eletiva	116	61.4
Cesariana de emergência/Parto vaginal instrumentado	70	37.6
<i>Missings</i>	1	0.5
Complicações obstétricas graves da mãe		
Não	170	92.4
Sim	14	7.6
<i>Missings</i>	3	1.6
Complicações graves do bebé		
Não	174	93.6
Sim	12	6.5

<i>Missings</i>	1	0.5
Semanas de gestação		
< 37 semanas	12	6.4
≥ 37 semanas	175	93.6
Amamentação exclusiva		
Não	79	42.7
Sim	106	57.3
<i>Missings</i>	2	1.1
Paridade		
Primíparas	98	52.7
Múltiparas	88	47.3
<i>Missings</i>	1	0.5
Problemas de saúde mental prévios		
Não	144	77.8
Sim	41	22.2
<i>Missings</i>	2	1.1
Traumas prévios		
Não	103	57.2
Sim	77	42.8
<i>Missings</i>	7	3.7

Procedimento

Este estudo faz parte de uma coorte longitudinal mais abrangente (Pinto et al., 2023), enquadrada num projeto internacional (INTERSECT – INTERNATIONAL SURVEY OF CHILDBIRTH-RELATED TRAUMA) (Ref. 2022.01825.PTDC), que envolve 45 países e que tem como principal objetivo estudar o trauma relacionado com o parto. A coorte longitudinal tem quatro momentos de avaliação: (1) 3º trimestre de gravidez (28-32 semanas gestacionais), (2) 2 meses pós-parto (6-12 semanas pós-parto), (3) 5 meses pós-parto (20-24 semanas pós-parto) e 12 meses pós-parto (48-52 semanas pós-parto). O presente estudo inclui uma subamostra avaliada no momento de avaliação dos 2 meses após o parto, o que faz com que tenha um *design* transversal. Os critérios de inclusão para a participação no estudo geral foram ter idade igual ou superior a 18 anos, ser residente em Portugal e ser capaz de compreender português. Os critérios de inclusão do presente estudo foram estar no momento de avaliação aos 2 meses após o parto, ter preenchido o questionário relativo aos sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé, ter companheiro e ter tido uma gestação única.

As participantes foram contactadas no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHU), no Porto, e na Maternidade Alfredo da Costa (MAC), em Lisboa. O estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Ciência (CEDIC) da Universidade Lusófona (Ref. RC000121), assim como pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário de São João (Ref. CES CHUSJ: 279/2022) e da Maternidade Alfredo da Costa (Ref. 1317/2022). O primeiro contacto com as participantes, que se encontravam no 3º trimestre da gravidez ou no momento do parto foi em regime presencial, na sala de espera ou no internamento pós-parto do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário de São João e da Unidade de Alto Risco da Maternidade Alfredo da Costa. O estudo foi apresentado, os objetivos e procedimentos foram explicados e o convite para a participação foi realizado a todas as mulheres elegíveis. As participantes que aceitaram participar assinaram o consentimento informado. De 809 participantes contactadas, 759 aceitaram participar no estudo e destas, 485 preencheram o questionário do 2º momento. Aos dois meses após o parto, as participantes receberam o link para o preenchimento do questionário relativo a esse momento de avaliação. As mulheres preencheram um questionário sociodemográfico e medidas de autorrelato para coparentalidade e os sintomas de *stress* pós-traumático associados ao nascimento do bebé.

Instrumentos

Variáveis sociodemográficas

A informação sociodemográfica foi obtida através do questionário sociodemográfico desenvolvido pela equipa do projeto INTERSECT. Foi recolhida informação relativa à idade das participantes, ao seu estado civil (Casada/União de Facto; Vive com companheiro; Tem companheiro(a), mas não vivem juntos(as)), à etnia (Maioria étnica; Minoria étnica; Não tenho a certeza/Não quero responder), residência no país de nascimento (Sim; Não) e área de residência (Área urbana; Área rural). Foi também recolhida informação sobre a escolaridade (Ensino Secundário/12º ano completo; Ensino Superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento)) estatuto socioeconómico das participantes (Abaixo da média; Na média; Acima da média). Foram obtidas, igualmente, informações sobre a exclusividade da amamentação do bebé (Sim; Não) e sobre a paridade (Sim; Não).

Para a recolha de informação sobre problemas de saúde mental prévios e traumas prévios foi pedido, respetivamente, que as participantes referissem se experienciaram algum tipo de evento traumático (Sim; Não) e se tinham sido diagnosticadas anteriormente com algum problema psicológico (Sim; Não).

Adversidade obstétrica e neonatal

Para a avaliação da variável adversidade obstétrica e neonatal foram utilizadas questões do questionário sociodemográfico. A variável da adversidade obstétrica e neonatal foi criada através do compósito das variáveis tipo de parto (parto vaginal/cesariana eletiva; parto vaginal instrumentado/cesariana de emergência), prematuridade (através do questionamento de quantas semanas a participante apresentava aquando do nascimento, sendo que foi considerado como parto prematuro um parto que ocorreu antes das 37 semanas de gestação) e complicações obstétricas graves da mãe e complicações graves do bebé (Não; Sim).

Coparentalidade

A versão reduzida da Escala de Relação Coparental (ERC-VR) (Feinberg et al., 2012; Lamela et al., 2018) foi utilizada para avaliar a coparentalidade. É composta por 14 itens, dois de cada uma das sete subescalas: acordo na relação coparental, suporte coparental, sabotagem, aprovação parental, divisão de tarefas no cuidado com a criança, exposição ao conflito e proximidade coparental (Feinberg et al., 2012). Todos os itens das sete subescalas são de resposta tipo Likert de 7 pontos (variando entre 0 - Não é

verdadeiro sobre nós/Nunca e 6 - Muito verdadeiro sobre nós/Muito frequente) (Feinberg et al., 2012). O *score* total, assim como o *score* de cada subescala, é obtido através da média de todos os itens e de cada escala, respetivamente. No presente estudo, foi utilizado o valor total da escala, sendo que um valor elevado traduz-se numa coparentalidade mais positiva (Feinberg, 2012). A versão original da escala apresenta boa validade de construto, boa consistência interna ($\alpha = .94$ para as mães; $\alpha = .91$ para os pais), validade convergente (r entre .60 e .71) e validade divergente (r entre .34 e -.71) (Feinberg et al., 2012). A versão portuguesa mostrou uma adequada validade de construto, boa consistência interna (α entre .70 e .94) e validade convergente e divergente (Lamela et al., 2018). O presente estudo revelou que a escala apresenta, igualmente, uma boa consistência interna ($\alpha = .91$).

Sintomas de stress pós-traumático associados ao nascimento do bebé

Os sintomas de *stress* pós-traumático associados ao nascimento do bebé foram avaliados através da *City Birth Trauma Scale* (CBTS), uma escala desenvolvida por Ayers e colaboradores (2018) para avaliar os sintomas de PTSD em mulheres no período pós-parto. A versão portuguesa é uma junção com a versão brasileira, resultado da comparação entre a tradução portuguesa da escala original e a versão brasileira (Osório et al., 2021). A CBTS é composta por 31 itens divididos em sintomas gerais de PTSD de acordo com os critérios de diagnóstico da DSM-5 (29 itens) e sintomas de PTSD de acordo com dois critérios de diagnóstico da DSM-IV (2 itens) (Ayers et al., 2018). Mais concretamente, os 31 itens abrangem cinco grupos de sintomas, quatro associados aos sintomas gerais de PTSD (reexperiência - 5 itens, evitamento - 2 itens, negatividade - 7 itens e hiperativação - 6 itens) e um associado aos critérios de diagnóstico da DSM-IV (dissociação - 2 itens) (Ayers et al., 2018). Os itens são pontuados numa escala de resposta de tipo Likert de 4 pontos (variando entre 0 - nunca e 3 - cinco ou mais vezes), à exceção de dois itens que são pontuados numa escala de resposta dicotómica (1 - Sim, 2 - Não) e três itens que são pontuados numa escala de resposta de 3 pontos (1 - Sim, 2 - Não, 3 - Algumas vezes/Talvez). O *score* total dos sintomas de PTSD é obtido através da soma de todos os itens dos diferentes grupos e pode variar entre 0 e 60. Quanto mais elevado é o resultado total maior a severidade dos sintomas de PTSD, sendo que é possível existirem resultados elevados em apenas algumas dos grupos (Ayers et al., 2018). A versão original da escala apresenta boa consistência interna ($\alpha = .92$) e boas correlações inter-item (r de .30 a .63) (Ayers et al., 2018). A avaliação das qualidades psicométricas da versão

portuguesa está em curso. O presente estudo mostrou que a escala apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .88$), assim como os grupos reexperiência ($\alpha = .78$), evitamento ($\alpha = .84$), negatividade ($\alpha = .74$) e hiperativação ($\alpha = .80$).

Análise estatística

Primeiramente, foi examinada a existência de covariáveis sociodemográficas e da adversidade obstétrica e neonatal, através de correlações e análises de variância (ANOVA *one-way*). Para o primeiro objetivo foi realizada uma regressão linear múltipla, de forma a perceber a associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas totais/grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé, tendo em conta as covariáveis analisadas anteriormente. Por sua vez, também permitiu perceber se a variável independente apresenta ou não um papel preditor na variável dependente. O Modelo 1 incluiu a paridade, o local de residência e os problemas de saúde mental prévios como covariáveis e o Modelo 2 incluiu a adversidade obstétrica e neonatal como variável independente, além das covariáveis.

Para o segundo objetivo foi realizado um modelo de moderação, desta vez com recurso à ferramenta PROCESS Macro (Modelo 1), para perceber o papel moderador da coparentalidade na relação principal. Foi considerado um nível de significância de $p < .05$ e um intervalo de confiança de 95%. As análises estatísticas foram realizadas no programa Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics, v. 29).

Resultados

Resultados preliminares

As análises revelaram diferenças nas variáveis do estudo em função das variáveis sociodemográficas das participantes, nomeadamente a paridade, local de residência e problemas de saúde mental prévios. As participantes primíparas ($F(1, 180) = 8.78, p = .003; M = 0.73, DP = 0.8$) reportaram mais adversidade obstétrica e neonatal em comparação com as participantes múltiparas. Também, as participantes que vivem numa área rural ($F(2, 181) = 4.43, p = .013; M = 5.90, DP = 8.1$) apresentaram mais sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé, comparativamente com as participantes que residem numa área urbana. Igualmente, as participantes que apresentam problemas de saúde mental prévios ($F(1, 183) = 4.63, p = .033; M = 4.81, DP = 6.9$) apresentaram mais sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé, em comparação com as participantes que não apresentam problemas de saúde mental prévios. As restantes variáveis de estudo não revelaram diferenças tendo em conta as diferentes

variáveis sociodemográficas. As estatísticas descritivas das variáveis do estudo estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2

Estatísticas descritivas das variáveis de interesse

Variável	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min.	Máx.	%
Adversidade obstétrica e neonatal	182					
Não	103					56.6
Sim	79					43.4
Sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé	187	3.23	5.3	0.0	23.0	
Grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé						
Reexperiência	187	1.83	2.8	0.0	15.0	
Evitamento	187	0.48	1.4	0.0	6.0	
Negatividade	187	3.41	3.8	0.0	17.0	
Hiperativação	187	4.68	4.0	0.0	17.0	
Dissociação	187	0.50	1.1	0.0	6.0	
Coparentalidade	148	3.82	0.5	1.9	4.8	

Nota. *DP* = desvio-padrão.

Sintomas de *stress* pós-traumático associados ao nascimento do bebé: a associação com a adversidade obstétrica e neonatal e com a coparentalidade

Adversidade obstétrica. Os resultados indicaram que o modelo final (ajustado para as covariáveis) explicava significativamente 12% da variância dos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé, $R^2 = .12$, $F(4, 172) = 5.77$, $p < .001$. A adversidade obstétrica e neonatal está associada aos sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé, com mais adversidade obstétrica e neonatal a associar-se a mais sintomas totais de PTSD ($\beta = 0.23$, $EP = 0.5$, $t = 3.12$, $p = .002$) (ver Tabela 3). Verificou-se, igualmente, que a área de residência e os problemas de saúde mental prévios estão associados significativamente ao nível total de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé (ver Tabela 3). Uma área de residência rural estava associada a níveis mais elevados de sintomas totais de PTSD ($\beta = -0.19$, $EP = 1.2$, $t = -2.71$, $p = .007$), assim como a existência de problemas de saúde mental prévios estavam associados a níveis elevados de sintomas totais de PTSD ($\beta = 0.17$, $EP = 0.9$, $t = 2.40$, $p = .018$). A paridade não se associou significativamente aos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé ($p > .05$).

Para os diferentes grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé, verificou-se que a adversidade obstétrica e neonatal estava associada significativamente aos grupos reexperiência, ($\beta = 0.23$, $EP = 0.3$, $t = 3.04$, $p = .003$) e evitamento ($\beta = 0.20$, $EP = 0.1$, $t = 2.70$, $p = .008$) (ver Tabela 4). A adversidade obstétrica e neonatal não se mostrou associada aos restantes grupos de sintomas de PTSD associados nascimento do bebé ($p < .05$). Os problemas de saúde mental prévios mostraram-se associados significativamente com os grupos evitamento ($\beta = 0.19$, $EP = 0.2$, $t = 2.64$, $p = .009$), negatividade, ($\beta = 0.28$, $EP = 0.7$, $t = 3.91$, $p < .001$), hiper-ativação ($\beta = 0.21$, $EP = 0.7$, $t = 2.78$, $p = .006$) e dissociação ($\beta = 0.26$, $EP = 0.2$, $t = 3.46$, $p = .001$). A área de residência apenas se mostrou associada com o grupo evitamento, com uma área de residência rural a associar-se a mais sintomas de evitamento ($\beta = -0.26$, $EP = .31$, $t = -3.59$, $p < .001$). A paridade não se associou significativamente aos diferentes grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé ($p > .05$) (ver Tabela 4).

Tabela 3

Associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé

Variável	<i>B</i>	β	<i>EP</i>	R^2	ΔR^2
Modelo 1				0.07	0.07
Área de residência ^a	-3.3	-0.20**	1.2		
Paridade ^b	-0.58	-0.06	0.8		
Problemas de saúde mental prévios	2.07	0.16*	0.9		
Modelo 2				0.12	0.05
Área de residência ^a	-3.21	-0.19	1.2		
Paridade ^b	-0.05	-0.00	0.8		
Problemas de saúde mental prévios	2.19	0.17	0.9		
Adversidade obstétrica e neonatal	1.59	0.23**	0.5		

Nota. No Modelo 1 a área de residência, a paridade e os problemas de saúde mental prévios foram utilizados como preditores dos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé. No Modelo 2 a adversidade obstétrica e neonatal foi utilizada como preditor. *EP* = Erro-padrão.

^a Área de residência rural = 0, Área de residência urbana = 1. ^b Prímiparas = 0, Multíparas = 1.

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabela 4

Associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé

Variável	<i>B</i>	β	<i>EP</i>	R^2	ΔR^2
Reexperiência					
Modelo 1				0.03	0.03
Área de residência ^a	−1.07	−0.13	0.6		
Paridade ^b	−0.12	−0.02	0.4		
Problemas de saúde mental prévios	0.84	0.13	0.5		
Modelo 2				0.08	0.05
Área de residência ^a	−1.02	−0.13	0.6		
Paridade ^b	0.16	0.03	0.4		
Problemas de saúde mental prévios	0.90	0.14	0.5		
Adversidade obstétrica e neonatal	0.82	0.23**	0.3		
Evitamento					
Modelo 1				0.10	0.10
Área de residência ^a	−1.14	−0.26**	0.3		
Paridade ^b	−0.08	−0.03	0.2		
Problemas de saúde mental prévios	0.60	0.18*	0.2		
Modelo 2				0.13	0.04
Área de residência ^a	−1.11	−0.26**	0.3		

Paridade ^b	0.04	0.01	0.2		
Problemas de saúde mental prévios	0.63	0.19**	0.2		
Adversidade obstétrica e neonatal	0.36	2.0**	0.1		
Negatividade					
Modelo 1				0.11	0.11
Área de residência ^a	-1.56	-0.13	0.9		
Paridade ^b	-0.96	-0.12	0.6		
Problemas de saúde mental prévios	2.64	0.28**	0.7		
Modelo 2				0.12	0.00
Área de residência ^a	-1.55	-0.13	0.9		
Paridade ^b	-0.88	-0.11	0.6		
Problemas de saúde mental prévios	2.66	0.28**	0.7		
Adversidade obstétrica e neonatal	0.24	0.05	0.4		
Hiperativação				0.04	0.04
Modelo 1					
Área de residência ^a	-0.37	-0.03	0.9		
Paridade ^b	0.29	0.04	0.6		
Problemas de saúde mental prévios	1.98	0.21**	0.7		
Modelo 2				0.04	0.00
Área de residência ^a	-0.34	-0.03	0.9		

Paridade ^b	0.31	0.04	0.6		
Problemas de saúde mental prévios	1.99	2.01**	0.7		
Adversidade obstétrica e neonatal	0.04	0.01	0.4		
Dissociação					
Modelo 1				0.08	0.08
Área de residência	-0.17	-0.05	0.2		
Paridade	-0.18	-0.08	0.2		
Problemas de saúde mental prévios	0.66	0.26**	0.2		
Modelo 2				0.08	0.00
Área de residência	-0.17	-0.05	0.2		
Paridade	-0.18	-0.08	0.2		
Problemas de saúde mental prévios	-0.66	0.26**	-0.2		
Adversidade obstétrica e neonatal	0.01	0.01	0.1		

Nota. No Modelo 1 a área de residência, a paridade e os problemas de saúde mental prévios foram utilizados como preditores dos grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. No Modelo 2 a coparentalidade foi utilizada como preditor.

^a Área de residência rural = 0, Área de residência urbana = 1. ^b Prímiparas = 0, Multíparas = 1.

* $p < .05$. ** $p < .01$

Coparentalidade. Os resultados revelaram que o modelo final (ajustado para as covariáveis) não explicava significativamente a variância dos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé, $R^2 = .01$, $F(3, 140) = .31$, $p > .05$. A coparentalidade não se mostrou associada significativamente aos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé (ver Tabela 5) nem aos diferentes grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé ($p > .05$) (ver Tabela 6). Os problemas de saúde mental prévios mostraram-se associados significativamente aos grupos negatividade ($\beta = .27$, $EP = .70$, $t = 3.37$, $p = .001$), hiperativação ($\beta = .19$, $EP = .79$, $t = 2.32$, $p = .022$) e dissociação ($\beta = .33$, $EP = .21$, $t = 4.22$, $p < .001$), mas não aos sintomas totais de PTSD ($\beta = .08$, $EP = .97$, $t = .93$, $p = .353$). A área de residência não se mostrou associada aos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé (ver Tabela 5) nem a nenhum grupo de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé ($p > .05$) (ver Tabela 6).

Tabela 5

Associação entre a coparentalidade e os sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé

Variável	<i>B</i>	β	<i>EP</i>	R^2	ΔR^2
Modelo 1				0.01	0.01
Área de residência ^a	0.26	0.01	1.7		
Problemas de saúde mental prévios	0.90	0.08	1.0		
Modelo 2				0.01	0.00
Área de residência ^a	0.25	0.01	1.7		
Problemas de saúde mental prévios	0.90	0.08	2.0		
Coparentalidade	0.14	0.01	0.9		

Nota. No Modelo 1 a área de residência e os problemas de saúde mental prévios foram utilizados como preditores dos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé. No Modelo 2 a coparentalidade foi adicionada como preditor. *EP* = Erro-padrão.

^a Área de residência rural = 0, Área de residência urbana = 1.

* $p < .05$. ** $p < .01$

Tabela 6

Associação entre a coparentalidade e os grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé

Varíavel	<i>B</i>	β	<i>EP</i>	R^2	ΔR^2
Reexperiência					
Modelo 1				0.01	0.01
Área de residência ^a	0.43	0.04	0.9		
Problemas de saúde mental prévios	0.38	0.06	0.5		
Modelo 2				0.01	0.00
Área de residência ^a	0.43	0.04	0.9		
Problemas de saúde mental prévios	0.38	0.06	0.5		
Coparentalidade	-0.12	-0.02	0.5		
Evitamento					
Modelo 1				0.01	0.01
Área de residência ^a	-0.21	-0.04	0.4		
Problemas de saúde mental prévios	0.29	0.10	0.2		
Modelo 2				0.03	0.02
Área de residência ^a	-0.23	-0.05	0.4		
Problemas de saúde mental prévios	0.29	0.10	0.2		
Coparentalidade	0.32	0.12	0.2		
Negatividade					

Modelo 1				0.08	0.01
Área de residência ^a	0.75	0.05	1.2		
Problemas de saúde mental prévios	2.34	0.27**	0.7		
Modelo 2				0.00	0.00
Área de residência ^a	0.79	0.05	1.2		
Problemas de saúde mental prévios	2.35	0.27**	0.7		
Coparentalidade	-0.73	-0.09	0.7		
Hiperativação					
Modelo 1				0.04	0.04
Área de residência ^a	-0.09	-0.01	1.4		
Problemas de saúde mental prévios	1.80	0.19*	0.8		
Modelo 2				0.05	0.01
Área de residência ^a	-0.03	-0.00	1.4		
Problemas de saúde mental prévios	1.82	0.19*	0.8		
Coparentalidade	-1.01	-0.11	0.7		
Dissociação					
Modelo 1				0.11	0.11
Área de residência ^a	0.17	0.04	0.4		
Problemas de saúde mental prévios	0.87	0.33**	0.2		
Modelo 2					

Área de residência ^a	0.18	0.04	0.4	0.03	0.01
Problemas de saúde mental prévios	0.87	0.33**	0.2		
Coparentalidade	-0.28	-0.12	0.2		

Nota. No Modelo 1 a área de residência e os problemas de saúde mental prévios foram utilizados como preditores dos grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. No Modelo 2 a coparentalidade foi utilizada como preditor.

^a Área de residência rural = 0, Área de residência urbana = 1.

* $p < .05$. ** $p < .01$

O papel moderador da coparentalidade na associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas de stress pós-traumático associados ao nascimento do bebé

O modelo para os sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé explicava significativamente 6% da sua variância, $R^2 = .06$, $F(3, 141) = 2.88$, $p = .038$. A interação entre a adversidade obstétrica e neonatal e a coparentalidade não se mostrou um preditor estatisticamente significativo dos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé ($p > .05$) (ver Tabela 7). Para o grupo reexperiência, o modelo de moderação não explicou significativamente a sua variância, $R^2 = .06$, $F(3, 141) = 2.60$, $p = .055$. A interação entre a adversidade obstétrica e neonatal e a coparentalidade não se mostrou um preditor estatisticamente significativo do grupo reexperiência ($B = .26$, $EP = .80$, $t = .32$, $p > .05$) (ver Tabela 8). Para o grupo evitamento, também associado à adversidade obstétrica e neonatal, a análise mostrou que o modelo explicava significativamente 5% da sua variância, $R^2 = .055$, $F(3, 141) = 2.68$, $p = .049$, apesar de a coparentalidade não moderar essa relação ($B = .32$, $EP = .36$, $t = .95$, $p > .05$) (ver Tabela 8).

Tabela 7

O papel moderador da coparentalidade na associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé

Variável	<i>B</i>	<i>EP</i>	95% IC		<i>t</i>	<i>p</i>
			<i>LL</i>	<i>UL</i>		
Adversidade obstétrica e neonatal	1.44	0.5	0.41	2.47	2.78	.006
Coparentalidade	−0.11	0.9	−1.95	1.73	−0.12	.905
Adversidade obstétrica e neonatal x coparentalidade	0.32	1.4	−2.52	3.16	0.22	.824

Nota. *EP* = Erro-padrão; *IC* = Intervalo de confiança; *LL* = Limite mínimo; *UL* = Limite máximo.

p* < .05. *p* < .01

Tabela 8

O papel moderador da coparentalidade na associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os grupos de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé

Variável	<i>B</i>	<i>EP</i>	95% IC		t	<i>p</i>
			<i>LL</i>	<i>UL</i>		
Reexperiência						
Adversidade obstétrica e neonatal	0.75	0.3	0.18	1.32	2.61	.010
Coparentalidade	−0.26	0.5	−1.28	0.76	−0.50	.615
Adversidade obstétrica e neonatal x coparentalidade	0.26	0.8	−1.32	1.83	0.32	.749
Evitamento						
Adversidade obstétrica e neonatal	0.24	1.3	−0.01	0.50	1.91	.059
Coparentalidade	−0.32	0.2	−0.13	0.78	1.40	.163
Adversidade obstétrica e neonatal x coparentalidade	0.34	0.4	−0.36	1.04	0.95	.341

Nota. *EP* = Erro-padrão; *IC* = Intervalo de confiança; *LL* = Limite mínimo; *UL* = Limite máximo.

p* < .05. *p* < .01

Discussão

O presente estudo analisou a associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé e o papel moderador da coparentalidade nessa associação.

Adversidades obstétricas e sintomas de stress pós-traumático associados ao nascimento do bebé

Os resultados confirmaram a primeira hipótese formulada e mostraram que mais adversidade obstétrica e neonatal estava associada a mais sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé. Isto remete para o possível impacto da adversidade obstétrica e neonatal nos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé. Este resultado é congruente com a literatura, com estudos anteriores a indicarem uma associação positiva entre diferentes adversidades obstétricas e o surgimento de sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé, no período dos dois meses até aos seis meses (e.g., Dekel et al., 2017; Dekel et al., 2019; Gondwe & Holditch-Davis, 2015; Ísbir et al., 2022; Kress et al., 2021; Reed et al., 2017; Rodríguez et al., 2020). Para os diferentes grupos de sintomas de PTSD associados ao parto, os resultados mostraram que existe um possível impacto da adversidade obstétrica e neonatal na dimensão reexperiência e evitamento, com mais adversidade obstétrica e neonatal a associar-se a mais sintomas de reexperiência e evitamento. Estes resultados são congruentes com os encontrados noutros estudos (e.g., Andersen et al., 2012; Furuta et al., 2016; Maggioni et al., 2006; Zaers et al., 2008). De forma geral, o parto por cesariana de emergência e a existência de complicações da mãe e do bebé estão associadas a mais sintomas de reexperiência e evitamento. Os problemas de saúde mental prévios, associam-se igualmente, a mais sintomas nestes dois grupos (Furuta et al., 2016). É possível questionar o porquê de apenas estes dois grupos de sintomas se associarem a mais adversidade obstétrica e neonatal. Possivelmente relaciona-se com o facto de as mulheres apresentam mais sintomas de internalização aquando da manifestação de questões de saúde mental, com o evitamento e a reexperiência (comparando com a dimensão da hiperativação e dissociação) a serem sintomas bastante mais reportados pelo sexo feminino, mesmo num quadro traumático (Birkeland et al., 2017; Ditlevsen & Elklit, 2010; Fullerton et al., 2001).

Também é possível interpretar os resultados de acordo com outras variáveis que podem potenciar a associação entre a adversidade obstétrica e neonatal e os sintomas de

PTSD associados ao nascimento do bebé, como é o caso do histórico de problemas de saúde mental. Este pode ser um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé (Ayers et al., 2016) e esta possibilidade vai ao encontro dos resultados de outros estudos, que referem que a existência de sintomatologia ansiosa e depressiva está associado a maiores níveis de sintomas de PTSD após o parto (e.g., Andersen et al., 2012; Alcorn et al., 2010; Czarnocka & Slade, 2000; Furuta et al., 2016; Grekin & O'Hara, 2014; Khsim et al., 2022; Maggioni et al., 2006; Polachek et al., 2012; Soet et al., 2003; Zaers et al., 2008).

Mesmo sem ser um dos objetivos do estudo, é importante referir que a covariável área de residência se mostrou associada aos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé e à dimensão evitamento. A área de residência rural revelou ter mais impacto nos sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé e na dimensão evitamento, comparativamente à área de residência urbana. O resultado encontrado para os sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé pode ser refutado por conclusões semelhantes no domínio do diagnóstico de PTSD (Boscarino et al., 2020; Erickson et al., 2013). Estes resultados podem ter duas possíveis explicações. Primeiramente, sabe-se que a residência numa área rural está associada a pouca confiança no tratamento e consequente normalização de questões de saúde mental (Morales et al., 2020; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2016). Esta explicação relaciona-se com a dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, que acabam por depender de questões económicas, culturais e sociais (Douthit et al., 2015; Osadolor et al., 2022). Secundariamente, uma área de residência rural pode associar-se a um maior isolamento social, algo que tem impacto no bem-estar psicológico e na saúde mental (Atherton et al., 2023; Henning-Smith et al., 2018). Indivíduos que vivem numa área de residência rural revelam mais traços de personalidade de neuroticismo e conscienciosidade, associados ao desenvolvimento de sintomas mais severos de PTSD (Atherton et al., 2023; Jakšić et al., 2012; Ogle et al., 2017).

A coparentalidade como moderador da relação entre adversidades obstétricas e sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé

Os resultados encontrados não foram ao encontro da segunda hipótese e demonstraram que a coparentalidade não apresenta um efeito significativo nos sintomas de PTSD associados ao parto, nem modera a relação entre a adversidades obstétrica e neonatal os sintomas totais de PTSD associados ao nascimento do bebé.

É possível que haja interpretações e tentativas de explicação para o facto de a coparentalidade não se mostrar um fator protetor da emergência de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé.

Uma explicação plausível relaciona-se com o papel mais predominante, dos problemas de saúde mental prévios, na manifestação e presença de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé, em comparação com a coparentalidade. Como referido anteriormente, a existência de problemas de saúde mental prévios, nomeadamente um diagnóstico ou sintomas de perturbação depressiva e ansiosa, apresenta um papel bastante importante na manifestação dos sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé (e.g., Ayers et al., 2016; Grekin & O'Hara, 2014; Polachek et al., 2016) e constitui-se um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do parto.

Forças e limitações do estudo

O facto de a recolha de dados ter sido feita em dois estabelecimentos de saúde localizados na capital e numa das principais cidades do país, pode ser identificado como uma força, pois pode contribuir para obter representatividade da população portuguesa.

Uma das principais limitações do estudo refere-se ao seu *design* transversal. Este tipo de *design* traduz-se na impossibilidade de obter relações de causalidade (Wang & Cheng, 2022), o que não permite perceber as causas subjacentes às associações encontradas entre as diferentes variáveis. Uma limitação adicional é o facto de as medidas utilizadas terem sido medidas de autorrelato, o que poderá relacionar-se com a desejabilidade social. O facto de as participantes responderem de forma mais favorável e positiva pode influenciar os resultados. O trabalho e a dedicação para com o bebé pode ter impacto na capacidade de resposta e no tempo que a mulher despende no preenchimento dos instrumentos de avaliação.

Implicações para a prática

O estudo expõe dados que podem contribuir para a intervenção clínica e investigação com mulheres com sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. Ao se saber que as mulheres que apresentam adversidade obstétrica e neonatal estão em maior risco de desenvolver sintomas de PTSD associados nascimento do bebé, é possível pensar em formas de minimizar este risco, através do desenvolvimento de intervenções. Sabe-se que a perceção de controlo/possibilidade de tomada de decisão durante o parto e da competência dos profissionais de saúde está negativamente associada à perceção de

um parto traumático (Nicholls & Ayers, 2007; Shorey & Wong, 2020). Igualmente, o contexto hospitalar aquando do parto apresenta-se muito associado a um parto traumático e a sintomas de PTSD no período pós-natal (Harris & Ayers, 2012), pelo que a implementação de programas de formação dos profissionais de saúde poderá ser uma parte importante da prevenção dos sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. Existem poucas intervenções e tratamentos para a PTSD/sintomas de PTSD após o parto, e muito menos intervenções focadas na tríade. As intervenções já existentes para a PTSD/sintomas de PTSD no pós-parto são mais eficazes quando administradas nas 72 horas depois do nascimento e mostram resultados até doze semanas após o parto. Para além disto, a intervenção cognitivo-comportamental mostra-se bastante eficaz em adultos com sintomas de PTSD, o que poderá ser uma possibilidade para futuras intervenções em mulheres com sintomas de PTSD após o parto (Miller et al., 2021).

Investigação futura

O facto de não se incluir participantes que sejam divorciadas ou que não tenham o companheiro pode limitar os resultados. A realidade é que a sociedade está a mudar, assim como a noção de casal e de parentalidade (Régnier-Loilier, 2019). Apesar de grande parte dos casais com filhos em comum escolher casar ou viver em união de facto, começa a existir uma crescente quantidade de casais que escolhe não viver junto, apesar de manterem uma relação romântica e apresentarem filhos em comum (Goldberg & Carlson, 2015; Merenda & Miano, 2014; Régnier-Loilier, 2019).

A não contemplação das respostas dos pais dos bebés/companheiros das participantes também pode acabar por reduzir os dados a um única perspetiva, o que poderá levar a que a multidimensionalidade da coparentalidade apresenta lacunas. A perceção da uma relação coparental caracterizada por suporte, proximidade, acordo e pouca competição, por parte dos homens, está associada a menos questões de problemas de saúde mental (i.e., sintomas de ansiedade e depressão) (Dollberg et al., 2021; Schulz et al., 2023). Por sua vez, a existência de questões de saúde mental no companheiro influencia a perceção da mulheres sobre a relação coparental (Williams, 2018). Isto poderá, então, constituir-se como um fator importante a ter em conta em investigação futura.

A área de residência pode ser, identicamente, um fator importante a explorar futuramente, visto os resultados encontrados terem mostrado que a uma área rural se associa a mais adversidade obstétrica e neonatal. A maior vulnerabilidade em áreas de

residência rural poderá permitir uma maior atenção ao acesso aos cuidados de saúde, que se sabe ser um problema nestas áreas de residência e que, inevitavelmente, se correlacionam com o surgimento de problemas de saúde mental (e.g., SAMHSA, 2016; World Health Organization, 2018). A contemplação desta variável em estudos futuros, possivelmente ajudará no rastreio e criação de programas mais especificados para população que reside em áreas rurais e que apresenta menos acesso a cuidados de saúde.

Conclusão

O presente estudo revelou associações entre a existência de adversidade obstétrica e neonatal e o surgimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. O acompanhamento e rastreio, desde o início da gestação, de mulheres com adversidade obstétrica e neonatal, poderá ser uma estratégia benéfica para a identificação das mães mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé. Consequentemente, a comunicação positiva e ativa com os profissionais de saúde possibilitará uma melhor preparação para o parto e poderá ter um impacto minimizador no desenvolvimento de sintomas de PTSD associados ao nascimento do bebé.

Referências

- Adewuya, A. O., Ologun, Y. A., & Ibgbami, O. S. (2006). Post-traumatic stress disorder after childbirth in nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(3), 284–288. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2006.00861.x>
- Aktas, S. (2018). Multigravidas' perceptions of traumatic childbirth: Its relation to some factors, the effect of previous type of birth and experience. *Medicine Science*, 1, 203–209. <https://doi.org/10.5455/medscience.2017.06.8728>
- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creed, D., & Devilly, G. J. (2010). A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychological Medicine*, 40(11), 1849–1859. <https://doi.org/10.1017/S0033291709992224>
- American Psychiatric Association (APA) (2013). Perturbações Relacionadas com o Trauma e Fatores de Stress. In J. C. Fernandes (Ed.), *Manual de Diagnóstico e Estatística de Perturbações Mentais* (5ª ed., pp. 317–347). Climepsi Editores.
- Andersen, L. B., Melvaer, L. B., Videbech, P., Lamont, R. F., & Joergensen, J. S. (2012). Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 91(11), 1261–1272. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2012.01476.x>
- Atherton, O. E., Willroth, E. C., Graham, E. K., Luo, J., Mroczek, D. K., & Lewis-Thames, M. W. (2023). Rural–urban differences in personality traits and well-being in adulthood. *Journal of Personality*. <https://doi.org/10.1111/jopy.12818>
- Ayers, S. (2004). Delivery as a traumatic event: prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 552–567. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000129919.00756.9c>
- Ayers, S. (2009). Posttraumatic stress disorder after childbirth: analysis of symptom presentation and sampling. *Journal of Affective Disorders*, 119, 200–204. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.02.029>
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., & Wijma, K. (2016). The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*, 46(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002706>

- Ayers, S., Eagle, A., & Waring, H. (2006). The effects of childbirth-related post-traumatic stress disorder on women and their relationships: a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(4), 389–398.
<https://doi.org/10.1080/13548500600708409>
- Ayers, S., Wright, D. B., & Thornton, A. (2018). Development of a measure of postpartum PTSD: the City Birth Trauma Scale. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 409.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00409>
- Bailham, D., & Joseph, S. (2003). Post-traumatic stress following childbirth: a review of the emerging literature and directions for research and practice. *Psychology, Health & Medicine*, 8(2), 159–168.
<https://doi.org/10.1080/1354850031000087537>
- Banerjee, S. B., Morrison, F. G., & Ressler, K. J. (2017). Genetic approaches for the study of PTSD: advances and challenges. *Neuroscience Letters*, 649, 139–146.
<https://doi.org/10.1016/j.neulet.2017.02.058>
- Beck, C. T., & Harrison, L. (2017). Posttraumatic stress in mothers related to giving birth prematurely: A mixed research synthesis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(4), 241–257.
<https://doi.org/10.1177/1078390317700979>
- Beck, C. T., & Watson, S. (2010). Subsequent childbirth after a previous traumatic birth. *Nursing Research*, 59(4), 241–249.
<https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3181e501fd>
- Bell, A. F., Carter, C. S., Davis, J. M., Golding, J., Adejumo, O., Pyra, M., Connelly, J. J., & Rubin, L. H. (2016). Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(2), 219–227. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0555-7>
- Boscarino, J. J., Figley, C. R., Adams, R. E., Urosevich, T. G., Kirchner, H. L., & Boscarino, J. A. (2020). Mental health status in veterans residing in rural versus non-rural areas: results from the veterans' health study. *Military Medical Research*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/s40779-020-00272-6>
- Birkeland, M. S., Blix, I., Solberg, Ø., & Heir, T. (2017). Gender differences in posttraumatic stress symptoms after a terrorist attack: a network approach. *Frontiers in psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02091>

- Carter, J., Bick, D., Gallacher, D., & Chang, Y.-S. (2022). Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth, Issues in Perinatal Care*, 49(4), 616–627. <https://doi.org/10.1111/birt.12649>
- Chaudhary, R. (2017). Diathesis Stress. In Vonk, J., Shackelford, T. (Eds.), *Encyclopedia of Animal Cognition and Behavior* (pp. 1–5). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-319-47829-6_53-1
- Chu, B., Marwaha, K., Sanvictores, T., & Ayers, D. (2022, September 12). *Physiology, Stress Reaction*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541120/>
- 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>
- Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth*, 27(2), 104–111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00104.x>
- Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 35–51. <https://doi.org/10.1348/014466500163095>
- Dekel, S., Ein-Dor, T., Berman, Z., Barsoumian, I. S., Agarwal, S., & Pitman, R. K. (2019). Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. *Archives of Women's Mental Health*, 22(6), 817–824. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00968-2>
- Dekel, S., Stuebe, C., & Dishy, G. (2017). Childbirth induced posttraumatic stress syndrome: a systematic review of prevalence and risk factors. *Frontiers in Psychology*, 8, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00560>
- Ditlevsen, D. N., & Elklit, A. (2010). The combined effect of gender and age on post traumatic stress disorder: do men and women show differences in the lifespan distribution of the disorder?. *Annals of General Psychiatry*, 9(32), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-32>
- Dollberg, D. G., Hanetz Gamliel, K., & Levy, S. (2021). Mediating and moderating links between coparenting, parental mentalization, parents' anxiety, and children's

- behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 35(3), 324–334.
<https://doi.org/10.1037/fam0000728>
- Douthit, N., Kiv, S., Dwolatzky, T., & Biswas, S. (2015). Exposing some important barriers to health care access in the rural USA. *Public Health*, 129(6), 611–620.
<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.04.001>
- Eggermont, K., Beeckman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I., & Verhaeghe, S. (2017). Needs of fathers during labour and childbirth: a cross-sectional study. *Women and Birth*, 30(4), 188–197. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.12.001>
- Erickson, L. D., Hedges, D. W., Call, V. R. A., & Bair, B. (2013). Prevalence of and factors associated with subclinical posttraumatic stress symptoms and PTSD in urban and rural areas of Montana: a cross-sectional study. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 29(4), 403–412.
<https://doi.org/10.1111/jrh.12017>
- Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: a framework for research and intervention. *Parenting, Science and Practice*, 3(2), 95–131. https://doi.org/10.1207/S15327922PAR0302_01
- Feinberg, M. E., Brown, L. D., & Kan, M. L. (2012). A multi-domain self-report measure of coparenting. *Parenting, Science and Practice*, 12(1), 1–21.
<https://doi.org/10.1080/15295192.2012.638870>
- Friedman, M. J. (2011). PTSD and Related Disorders. In D. J. Stein, M. J. Friedman & C. Blanco (Eds.), *Post-traumatic stress disorder* (pp. 1–34). John Wiley & Sons.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Epstein, R. S., Crowley, B., Vance, K., Kao, T. C., Dougall, A., & Baum, A. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *The American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1486–1491. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.148>
- Furuta, M., Sandall, J., Cooper, D., & Bick, D. (2016). Predictors of birth-related post-traumatic stress symptoms: secondary analysis of a cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(6), 987–999. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0639-z>

- Galbally, M., Watson, S. J., Boyce, P., & Lewis, A. J. (2019). The role of trauma and partner support in perinatal depression and parenting stress: an Australian pregnancy cohort study. *International Journal of Social Psychiatry*, 65(3), 225–234. <https://doi.org/10.1177/0020764019838307>
- Garthus-Niegel, S., Horsch, A., Ayers, S., Junge-Hoffmeister, J., Weidner, K., & Eberhard-Gran, M. (2018). The influence of postpartum PTSD on breastfeeding: a longitudinal population-based study. *Birth*, 45(2), 193–201. <https://doi.org/10.1111/birt.12328>
- Ghorbani, M., Dolatian, M., Shams, J., & Alavi-Majd, H. (2014). Anxiety, post-traumatic stress disorder and social supports among parents of premature and full-term infants. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(3), 1–8. <https://doi.org/10.5812/ircmj.13461>
- Goldberg, J. S., & Carlson, M. J. (2015). Patterns and predictors of coparenting after unmarried parents part. *Journal of Family Psychology*, 29(3), 416–426. <https://doi.org/10.1037/fam0000078>
- Gondwe, K. W., & Holditch-Davis, D. (2015). Posttraumatic stress symptoms in mothers of preterm infants. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 3, 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2015.05.002>
- Grekin, R., & O'Hara, M. W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 389–401. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.003>
- Harris, R., & Ayers, S. (2012). What makes labour and birth traumatic? A survey of intrapartum “hotspots.” *Psychology & Health*, 27(10), 1166–1177. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.649755>
- Henderson, A., Harmon, S., & Newman, H. (2016). The price mothers pay, even when they are not buying it: mental health consequences of idealized motherhood. *Sex Roles*, 74, 512–526. <https://doi.org/10.1007/s11199-015-0534-5>
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., & Lukasse, M. (2017). Factors related to a negative birth experience – a mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>
- Heyne, C.-S., Kazmierczak, M., Souday, R., Horesh, D., Lambregtse-van den Berg, M., Weigl, T., Horsch, A., Oosterman, M., Dikmen-Yildiz, P., & Garthus-Niegel, S. (2022). Prevalence and risk factors of birth-related posttraumatic stress among

- parents: a comparative systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102157>
- Holditch-Davis, D., Bartlett, T. R., Blickman, A. L., & Miles, M. S. (2003). Posttraumatic stress symptoms in mothers of premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 32(2), 161–171. <https://doi.org/10.1177/0884217503252035>
- Hwang, W. Y., Choi, S. Y., & An, H. J. (2022). Concept analysis of transition to motherhood: a methodological study. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 28(1), 8–17. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2022.01.04>
- İsbir, G. G., İnci, F., Bektaş, M., Dikmen Yıldız, P., & Ayers, S. (2016). Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery*, 41, 96–103. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.016>
- İsbir, G. G., İnci, F., Kömürcü Akik, B., Abreu, W., & Thomson, G. (2022). Birth-related PTSD symptoms and related factors following preterm childbirth in Turkey. *Current Psychology*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03805-5>
- Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother–child interactions: an exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 163–181. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880>
- Jakšić, N., Brajković, L., Ivezić, E., Topić, R., & Jakovljević, M. (2012). The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina*, 24(3), 256–266. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23013628/>
- Joensuu, J. M., Saarijärvi, H., Rouhe, H., Gissler, M., Ulander, V.-M., Heinonen, S., Torkki, P., & Mikkola, T. (2023). Effect of the maternal childbirth experience on a subsequent birth: a retrospective 7-year cohort study of primiparas in Finland. *BMJ Open*, 13(3), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-069918>
- Khsim, I. E. F., Rodríguez, M. M., Riquelme Gallego, B., Caparros-Gonzalez, R. A., & Amezcua-Prieto, C. (2022). Risk factors for post-traumatic stress disorder after childbirth: a systematic review. *Diagnostics*, 12(11), 1–18. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12112598>
- Kress, V., von Soest, T., Kopp, M., Wimberger, P., & Garthus-Niegel, S. (2021). Differential predictors of birth-related posttraumatic stress disorder symptoms in

- mothers and fathers – a longitudinal cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 292, 121–130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.058>
- Lamela, D., Morais, A., & Jongenelen, I. (2018). Validação psicométrica da Escala da Relação Coparental em mães portuguesas. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(3), 585–600. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.5564>
- Leistner, A. (2021, 26 de novembro). 'I was suffocating': mother speaks out to highlight obstetric violence. *Euronews*. <https://www.euronews.com/2021/11/26/i-was-suffocating-mother-speaks-out-to-highlight-obstetric-violence>
- Lemola, S., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 190–202. <https://doi.org/10.1080/02646830701467231>
- Maggioni, C., Margola, D., & Filippi, F. (2006). PTSD, risk factors, and expectations among women having a baby: a two-wave longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 27(2), 81–90. <https://doi.org/10.1080/01674820600712875>
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: a link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 3–21. <https://doi.org/10.1037//0893-3200.15.1.3>
- Marques, C. (2022, 15 de outubro). A natureza do parto. *Sic Notícias*. <https://sicnoticias.pt/programas/reportagemespecial/2022-10-15-Reportagem-sobre-violencia-obstetrica-no-Jornal-da-Noite-ec852886>
- McKeever, V. M., & Huff, M. E. (2003). A diathesis-stress model of posttraumatic stress disorder: ecological, biological, and residual stress pathways. *Review of General Psychology*, 7(3), 237–250. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.3.237>
- Merenda, A., & Miano, P. (2015). Co-parental couples and new families: a study of the primary triad. *Procedia, Social and Behavioral Sciences*, 174, 1107–1110. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.01.801>
- Miller, P. G. T., Sinclair, M., Gillen, P., McCullough, J. E. M., Miller, P. W., Farrell, D. P., Slater, P. F., Shapiro, E., & Klaus, P. (2021). Early psychological interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) and post-

- traumatic stress symptoms in post-partum women: a systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 16(11), 1–25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258170>
- Morales, D. A., Barksdale, C. L., & Beckel-Mitchener, A. C. (2020). A call to action to address rural mental health disparities. *Journal of clinical and translational science*, 4(5), 463–467. <https://doi.org/10.1017/cts.2020.42>
- Mucuk, Ö., & Özkan, H. (2022). Perception of traumatic childbirth of women and factors affecting. *Journal of Basic and Clinical Health Sciences*, 6(2), 608–616. <https://doi.org/10.30621/jbachs.100131>
- Nicholls, K. and Ayers, S. (2007). Childbirth-related post-traumatic stress disorder in couples: a qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 21(4), 491–509. <https://doi.org/10.1348/135910706X120627>
- Nomaguchi, K., & Milkie, M. A. (2020). Parenthood and well-being: a decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 82(1), 198–223. <https://doi.org/10.1111/jomf.12646>
- Ogle, C. M., Siegler, I. C., Beckham, J. C., & Rubin, D. C. (2017). Neuroticism increases PTSD symptom severity by amplifying the emotionality, rehearsal, and centrality of trauma memories. *Journal of Personality*, 85(5), 702–715. <https://doi.org/10.1111/jopy.12278>
- 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>
- Osadolor, O. O., Osadolor, A. J., Osadolor, O. O., Enabulele, E., Akaji, E. A., & Odiowaya, D. E. (2022). Access to health services and health inequalities in remote and rural areas. *Janaki Medical College Journal of Medical Science*, 10(2), 70–74. <https://doi.org/10.3126/jmcjms.v10i2.47868>
- Osório, F., L., Ayers, S., Gonçalves, F., & Rocha, J. C. (2021). City birth trauma scale- updates to the Portuguese version. *Archives of Clinical Psychiatry*, 48(6), 250. <https://doi.org/10.15761/0101-608300000000316>
- Palkovitz, R., Fagan, J., & Hull, J. (2013). Coparenting and children's well-being. In N. J. Cabrera & C. S. Tamis-LeMonda (Eds.), *Handbook of father involvement: Multidisciplinary perspectives* (pp. 202–219). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Pinto, T. M., Jongenelen, I., Lamela, D., Pasion, R., Morais, A., & Costa, R. (2023). Childbirth-related post-traumatic stress disorder symptoms and mother–infant

- neurophysiological and behavioral co-regulation during dyadic interaction: study protocol. *BMC Psychology*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-023-01070-0>
- Poblete, A. T., & Gee, C. B. (2018). Partner support and grandparent support as predictors of change in coparenting quality. *Journal of Child and Family Studies*, 27(7), 2295–2304. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-1056-x>
- Polachek, I. S., Dulitzky, M., Margolis-Dorfman, L., & Simchen, M. J. (2016). A simple model for prediction postpartum PTSD in high-risk pregnancies. *Archives of Women's Mental Health*, 19(3), 483–490. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0582-4>
- Polachek, I. S., Harari, L. H., Baum, M., & Strous, R. D. (2012). Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: the uninvited birth companion. *The Israel Medical Association Journal*, 14(6), 347–352. <https://www.ima.org.il/MedicineIMAJ/viewarticle.aspx?year=2012&month=06&page=347>
- Quaedflieg, C. W. E. M., & Smeets, T. (2020). Stress Vulnerability Models. In Gellman, D. M. (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 2161–2164).
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Régnier-Loilier, A. (2019). Being together, living apart: a more frequent arrangement after a separation. *Population & Societies*, 566(5), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.566.0001>
- Risser, M. (2023, 13 de Junho). *Diathesis-Stress Model: What it Is & Examples*. Choosing Therapy. <https://www.choosingtherapy.com/diathesis-stress-model/#protective-factors-the-diathesis-stress-model>
- 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>
- Sanjuan, P. M., Fokas, K., Tonigan, J. S., Henry, M. C., Christian, K., Rodriguez, A., Larsen, J., Yonke, N., & Leeman, L. (2021). Prenatal maternal posttraumatic stress disorder as a risk factor for adverse birth weight and gestational age

- outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 295, 530–540. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.079>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA) (2016). Rural behavioral health: telehealth challenges and opportunities. *In Brief*, 9(2), 1–13. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4989.pdf>
- Schulz, M. L., Wood, C. E., & Giallo, R. (2023). Co-parenting and parenting behaviour: the role of parent mental health for mothers and fathers in the postnatal period. *Child & Family Social Work*, 1–11. <https://doi.org/10.1111/cfs.13042>
- Schwab, W., Marth, C., & Bergant, A. M. (2012). Post-traumatic stress disorder post partum: the impact of birth on the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde*, 72(1), 56–63. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1280408>
- Shaw, J. G., Asch, S. M., Kimerling, R., Frayne, S. M., Shaw, K. A., & Phibbs, C. S. (2014). Posttraumatic stress disorder and risk of spontaneous preterm birth. *Obstetrics and Gynecology*, 124(6), 1111–1119. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000542>
- Sheeran, D. L., Jones, D. L. K., & Welch, A. P. A. (2015). Women's relationships with their own mothers in the early motherhood period. *International Journal of Gender & Women's Studies*, 3(1), 26–32. <https://doi.org/10.15640/ijgws.v3n1a4>
- Shiva, L., Desai, G., Satyanarayana, V. A., Venkataram, P., & Chandra, P. S. (2021). Negative childbirth experience and post-traumatic stress disorder – a study among postpartum women in South India. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.640014>
- Shorey, S., & Wong, P. Z. E. (2022). Traumatic childbirth experiences of new parents: a meta-synthesis. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(3), 748–763. <https://doi.org/10.1177/1524838020977161>
- Sigurdardottir, V. L., Gamble, J., Gudmundsdottir, B., Kristjansdottir, H., Sveinsdottir, H., & Gottfredsdottir, H. (2017). The predictive role of support in the birth experience: a longitudinal cohort study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 30(6), 450–459. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.04.003>
- Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C., & Dahlen, H. G. (2017). Postnatal post-traumatic stress: an integrative review. *Women and Birth: Journal of the*

Australian College of Midwives, 31(5), 367–379.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.003>

Söderquist, J., Wijma, B., Thorbert, G., & Wijma, K. (2009). Risk factors in pregnancy for post-traumatic stress and depression after childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 116(5), 672–680.

<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.02083.x>

Soet, J. E., Brack, G. A., & DiIorio, C. (2003). Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth*, 30(1), 36–46.

<https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00215.x>

Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H., & Mebazaa, A. (2016).

Physiological changes in pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89–94. <https://doi.org/10.5830/CVJA-2016-021>

Takeishi, Y., Nakamura, Y., Yoshida, M., Kawajiri, M., Atogami, F., & Yoshizawa, T. (2021). Associations between coparenting relationships and maternal depressive symptoms and negative bonding to infant. *Healthcare*, 9(4), 1–9.

<https://doi.org/10.3390/healthcare9040375>

Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The association between coparenting and child adjustment: a meta-analysis. *Parenting: Science and Practice*, 10(4), 286–307.

<https://doi.org/10.1080/15295192.2010.492040>

Tissot, H., Favez, N., Frascarolo, F., & Despland, J.-N. (2016). Coparenting behaviors as mediators between postpartum parental depressive symptoms and toddler's symptoms. *Frontiers in Psychology*, 7, 1–9.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01912>

Tissot, H., Favez, N., Ghisletta, P., Frascarolo, F., & Despland, J.-N. (2016). A longitudinal study of parental depressive symptoms and coparenting in the first 18 months. *Family Process*, 56(2), 445–458. <https://doi.org/10.1111/famp.12213>

van der Kolk, B. (2000). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 2(1), 7–22.

<https://doi.org/10.31887/dcns.2000.2.1/bvdolk>

van Egeren, L. A. (2003). Prebirth predictors of coparenting experiences in early infancy. *Infant Mental Health Journal*, 24(3), 278–295.

<https://doi.org/10.1002/imhj.10056>

- van Egeren, L. A., & Hawkins, D. P. (2004). Coming to terms with coparenting: implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development*, 11, 165–178. <https://doi.org/10.1023/B:JADE.0000035625.74672.0b>
- van Son, M., Verkerk, G., van der Hart, O., Komproe, I., & Pop, V. (2005). Prenatal depression, mode of delivery and perinatal dissociation as predictors of postpartum posttraumatic stress: an empirical study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(4), 297–312. <https://doi.org/10.1002/cpp.446>
- 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>
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Banack, H., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2012). PTSD following childbirth: a prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(4), 257–263. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.010>
- White, T., Matthey, S., Boyd, K., & Barnett, B. (2006). Postnatal depression and post-traumatic stress after childbirth: prevalence, course and co-occurrence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 107–120. <https://doi.org/10.1080/02646830600643874>
- Wijma, K., Söderquist, J., & Wijma, B. (1997). Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(6), 587–597. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00041-8](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00041-8)
- Williams, D. T. (2018). Parental depression and cooperative coparenting: a longitudinal and dyadic approach. *Family Relations*, 67(2), 253–269. <https://doi.org/10.1111/fare.12308>
- Williamson, T., Wagstaff, D. L., Goodwin, J., & Smith, N. (2023). Mothering ideology: a qualitative exploration of mothers' perceptions of navigating motherhood pressures and partner relationships. *Sex Roles*, 88, 101–117. <https://doi.org/10.1007/s11199-022-01345-7>
- World Health Organization. (2018). *Imbalances in rural primary care: a scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346351/WHO-HIS-SDS-2018.58-eng.pdf?sequence=1>

- Yalcintas, S., & Pike, A. (2021). Co-parenting and marital satisfaction predict maternal internalizing problems when expecting a second child. *Psychological Studies*, 66(2), 212–219. <https://doi.org/10.1007/s12646-021-00620-z>
- Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L. (2017). The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 208, 634–645. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.009>
- Yonkers, K. A., Smith, M. V., Forray, A., Epperson, C. N., Costello, D., Lin, H., & Belanger, K. (2014). Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiatry*, 71(8), 897–904. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.558>
- Young, C., & Ayers, S. (2021). Risk and resilience in pregnancy and birth. In Ungar, M. (Ed.), *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change* (pp. 57–145). Oxford University Press.
- Zaers, S., Waschke, M., & Ehlert, U. (2008). Depressive symptoms and symptoms of post-traumatic stress disorder in women after childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 29(1), 61–71. <https://doi.org/10.1080/01674820701804324>