



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

BEATRIZ SANTOS LEAL

Versão Final

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERIÊNCIA NEGATIVA DO PARTO E TRAUMA
PERINATAL: O PAPEL MODERADOR DE FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

Orientadora: Professora Doutora Sara Albuquerque

Coorientadora: Professora Doutora Stephanie Alves

**Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

Lisboa

2024

BEATRIZ SANTOS LEAL

Versão Final

**ASSOCIAÇÃO ENTRE A EXPERIÊNCIA NEGATIVA DO PARTO E TRAUMA
PERINATAL: O PAPEL MODERADOR DE FATORES
SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

Dissertação defendida em provas públicas na
Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa
no dia 4 de fevereiro de 2025, perante o júri nomeado
pelo Despacho de Nomeação nº 1086/2024, com a
seguinte composição:

Presidente: Prof. Doutor Vítor Bruno Faustino Almeida

Arguente: Prof.^a Doutora Bárbara Isabel Dinis
Gonzalez

Orientador: Prof.^a Doutora Sara Magalhães Pinto de
Albuquerque

**Universidade Lusófona – Centro Universitário de Lisboa
Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

Lisboa

2024

Epígrafe

“Tenho em mim todos os sonhos do mundo”

- Fernando Pessoa

Agradecimentos

Nesta etapa final da minha jornada académica, gostaria de expressar a minha gratidão a todos aqueles que me apoiaram e contribuíram para a realização da minha dissertação. Sem o vosso auxílio e incentivo, este trabalho não teria sido possível.

Com imensa gratidão, expresso os meus sinceros agradecimentos à Universidade Lusófona de Lisboa, instituição que me acolheu de braços abertos ao longo desta jornada memorável de cinco anos. Esta foi a Universidade que se tornou um verdadeiro lar para mim, onde pude aprender, crescer e desenvolver-me como pessoa e como profissional. Sou, deste modo, imensamente grata à qualidade de ensino que me proporcionaram e à dedicação dos seus professores.

Às minhas orientadora e coorientadora, Professora Doutora Sara Albuquerque e Professora Doutora Stephanie Alves, respetivamente, manifesto o meu mais profundo agradecimento pela orientação, pelas sugestões e pela paciência infinita durante todo o meu processo de pesquisa e escrita da mesma. A vossa visão crítica foi fundamental para o melhoramento da minha dissertação. Deixo igualmente o meu agradecimento por terem acreditado no meu potencial e me terem incentivado a ser melhor todos os dias.

Expresso, também, o meu agradecimento às minhas colegas de seminário de dissertação, que sempre se colocaram à disposição, com destaque especial para a Ana Valente, pela sua incansável luta ao meu lado, tanto nos momentos mais árduos quanto nos mais fáceis desta jornada, não esquecendo a Mariana Claro.

À minha família, o meu eterno agradecimento pelo apoio, dedicação, paciência e sacrifício, ao longo da minha jornada académica. Gostaria de expressar o meu agradecimento ao meu namorado, Nuno, durante este período, pelo apoio e compreensão nos momentos mais penosos deste processo.

Aproveito para agradecer a todos os meus amigos pela sua paciência durante este percurso, em que foram partilhando comigo muitas alegrias, bem como os mais diversos desafios.

Abreviaturas

β - Coeficiente de interação padronizado / Erro tipo II

% - Percentagem

DP – Desvio Padrão

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale

et al., - e colaboradores

ExpNegParto – Experiência Negativa do Parto

i.e., – isto é

IBM SPSS – Internacional Business Machines – Statistical Package for the Social Sciences

INE – Instituto Nacional de Estatística

M – Média

N – Tamanho da Amostra

p – Valor de Significância Estatística

p.e., - por exemplo

PPSDQ – Questionário Perinatal Modificado de PTSD

PPST-P - Perturbação de Stress Pós-Traumático Perinatal

PTSD – Perturbação de Stress Pós-Traumático

r – Correlação de Pearson

R^2 – Coeficiente de determinação de regressão

t - t test de student

VD – Variável Dependente

VI – Variável Independente

Índice

<i>Epígrafe</i>	3
<i>Agradecimentos</i>	4
<i>Abreviaturas</i>	5
<i>Índice de Tabelas</i>	7
<i>Resumo</i>	8
<i>Abstract</i>	9
1. Enquadramento teórico	10
1.1. Fatores de risco para PPST-P.....	11
1.2. O presente estudo.....	13
2. Metodologia	14
2.1. Participantes	14
2.2. Procedimento.....	16
2.3. Medidas.....	17
2.3.1. Questionário demográfico e clínico.....	17
2.3.2. Questionário perinatal modificado de PSPT (PPSDQ).....	17
2.3.3. Experiência do parto	18
2.3.4. História prévia de psicopatologia (antes da gravidez).....	18
2.4. Procedimento da análise de dados.....	19
3. Resultados	20
3.1. Correlações	20
3.2. Moderações	23
3.2.1. Papel moderador dos maus-tratos na associação entre a experiência negativa do parto e sintomatologia de PPST-P.....	23
3.2.2. Papel moderador da história prévia de psicopatologia entre a experiência negativa do parto e a sintomatologia de PPST-P.....	25
3.2.3. Papel moderador da presença de companheiro na associação entre a experiência negativa do parto e sintomatologia de PPST-P	27
3.2.4. Papel moderador do rendimento familiar (mensal) na associação entre a experiência negativa do parto e sintomatologia de PPST-P	27
4. Discussão	28
5. Limitações e contributos do estudo	31
6. Implicações clínicas e estudos futuros	32
<i>Referências Bibliográficas</i>	36

Índice de Tabelas

Tabela 1

Dados sociodemográficos

Tabela 2

Tipo de parto e Dados Clínicos

Tabela 3

Correlações das Variáveis do Estudo e Moderadores

Tabela 4

Papel moderador dos maus-tratos físicos associados a experiência negativa do parto e a PSPT-P

Tabela 5

Papel moderador dos maus-tratos psicológicos/emocionais associados a experiência negativa do parto e a PSPT-P

Tabela 6

Papel moderador dos abusos sexuais associados a experiência negativa do parto e a PSPT-P

Tabela 7

Papel da história de depressão associado a experiência negativa do parto e a PPST-P

Tabela 8

Papel da história de ansiedade associado a experiência negativa do parto na PPST-P

Tabela 9

Papel do estado civil na associação entre a experiência negativa do parto e a PPST-P

Tabela 10

Papel do rendimento familiar (mensal) na associação entre a experiência negativa do parto e a PPST-P

Resumo

A Perturbação de Stress Pós Traumático Perinatal (PPST-P) afeta a saúde física e emocional da mãe, a relação conjugal e os cuidados ao bebé, sendo crucial explorar os seus fatores de risco. O presente estudo teve como objetivo explorar a associação entre a experiência negativa do parto e sintomatologia de PPST-P e compreender se essa associação é moderada por história prévia de psicopatologia, experiências traumáticas na infância (abuso sexual e maus-tratos físicos e emocionais), presença de companheiro e rendimento familiar. Um total de 550 mães preencheram um conjunto de questionários por via online referentes à experiência de parto, história da psicopatologia prévia, história de maus-tratos na infância e sintomatologia de PSPT. Os resultados demonstraram que experiências negativas no parto estão associadas ao aumento de sintomatologia de PPST-P e esta associação é mais forte para mulheres com história de maus-tratos (físicos, psicológicos/emocionais e/ou abusos sexuais na infância), história prévia de psicopatologia (ansiedade e depressão) e sem companheiro. O rendimento familiar não moderou a associação entre experiência negativa do parto e sintomatologia de PPST-P. A compreensão desses fatores de risco específicos é crucial na prevenção e intervenção eficaz na PPST-P, promovendo melhores cuidados de saúde mental no período pós-parto.

Palavras-chave: Maternidade, Período Perinatal, Parto Traumático, Stress Pós-Traumático Perinatal (PPST-P) e Fatores de Risco.

Abstract

Perinatal Post Traumatic Stress Disorder (P-PTSD) affects the mother's physical and emotional health, the marital relationship and the care of the baby, and it is therefore crucial to explore its risk factors. The aim of this study was to explore the association between the negative experience of childbirth and P-PTSD symptoms and whether this association is moderated by a previous history of psychopathology, traumatic experiences in childhood (sexual abuse and physical and emotional abuse), the presence of a partner and family income. A total of 550 mothers completed a set of online questionnaires regarding their childbirth experience, history of previous psychopathology, history of childhood maltreatment and P-PTSD symptoms. The results showed that negative childbirth experiences are associated with increased P-PTSD symptoms and this association is stronger for women with a history of abuse (physical, psychological/emotional and/or sexual abuse in childhood), a previous history of psychopathology (anxiety and depression) and no partner. Family income did not moderate the association between negative childbirth experience and P-PTSD symptoms. Understanding these specific risk factors is crucial in preventing and effectively intervening in P-PTSD, promoting better mental health care in the postpartum period.

Keywords: Maternity, Perinatal Period, Traumatic Childbirth, Perinatal Post-Traumatic Stress (PPST-P) and Risk Factors.

1. Enquadramento teórico

A maternidade é descrita como um dos períodos mais marcantes na vida de uma mulher (Barbadoro et al., 2012), sendo o período perinatal, que engloba a gravidez, o parto e o lapso temporal até ao primeiro ano de vida do bebé, conceitualizado como um período particularmente transformador. Este tempo envolve fatores de risco e proteção (Meltzer-Brody et al., 2018). O aumento do suporte emocional dos familiares diretos, como o companheiro e a mãe, e da rede de apoio pode coexistir com elevada vulnerabilidade para sofrimento psicológico e diversas patologias, incluindo a perturbação da ansiedade, a perturbação do ajustamento e a Perturbação do Stress Pós-Traumático (Ayers et al., 2016).

Um dos fatores de risco para a vulnerabilidade psicológica no período perinatal é a experiência negativa do parto (Simpson & Catling, 2016). A maioria das mulheres veem o parto como um acontecimento feliz e positivo, mas cerca de 20-48% das mulheres em todo mundo experienciam o parto como um acontecimento traumático (Simpson & Catling, 2015). A experiência de um parto traumático é classificada como uma experiência subjetiva, podendo resultar de complicações obstétricas (p.e., hemorragia pós-parto, distocia, síndrome de desconforto respiratório neonatal e pré-eclâmpsia (Smith et al., 2022)) e intervenções médicas invasivas (p.e., fórceps, ventosa, indução do parto e amniotomia (Hartmann et al., 2021)), ou de falta de apoio social e desconsideração da opinião da mulher mesmo em partos considerados “normais” (Elmir et al., 2010; Henriksen et al., 2017). Assim sendo, algumas mulheres descrevem o nascimento do bebé como algo negativo, sentindo-se desconectadas, desamparadas e com a sensação de falha corporal, o que impacta a sua sensação de segurança e de cuidado (Henriksen et al., 2017). O parto pode ser assim considerado um evento emocionalmente complexo, potencialmente com cariz traumático, podendo constituir uma ameaça tanto à vida da mãe como à do bebé (Sjömark, 2023).

Embora nem todas as mulheres que percecionam o seu parto como negativo ou traumático desenvolvam uma resposta patológica, mulheres que passam por estas experiências de parto são mais propensas a desenvolver sintomas (Hyene et al., 2022) ou a receber um diagnóstico formal de PPST-P (Ayers & Pickering, 2001; Alcorn et al., 2010; Cook et al., 2018). Os sintomas que possibilitam o diagnóstico diferencial da PSPT-P incluem a re-experienciação do trauma, hipervigilância e um conjunto de sintomas ao nível físico e emocional. Esses sintomas podem variar de uma mulher para outra, dependendo da sua história pessoal (Dennis et al., 2022).

A PPST-P afeta profundamente a vida das mulheres, tendo repercussões negativas significativas na saúde física e emocional materna e no estabelecimento do vínculo mãe-bebé (Davis & Sclafani, 2022; Hairston et al., 2019). Algumas consequências descritas na literatura incluem redução da autoestima materna, aumento da taxa de prevalência do suicídio (Kinser et al., 2023) e ainda dificuldades na relação conjugal (Rousseau et al., 2021; Simpson et al., 2018). O impacto da PPST-P na relação conjugal pode ser significativo e multifacetado afetando a qualidade do relacionamento, sobretudo a comunicação, a intimidade e, por sua vez, o apoio mútuo entre os parceiros (Jones et al., 2021), podendo resultar em separação (Brujin et al., 2019).

Ainda, os estudos mostram que a sintomatologia de PPST-P influencia negativamente a capacidade da mãe em prestar cuidados adequados ao bebé (Stuijzand et al., 2020). Há também evidência de maior incidência em mulheres com PPST-P de insuficiente nutrição materna, o que pode constituir um risco de anomalias cognitivas e comportamentais no bebé (Cook et al., 2018), e de dificuldades na amamentação (Kinser et al., 2023).

1.1. Fatores de risco para PPST-P

A gravidade e a probabilidade de desenvolvimento de sintomatologia de PPST-P podem ser influenciadas por uma série de fatores antecedentes e contextuais (Ayers et al., 2016). De forma a percebermos que mulheres com experiências negativas de parto apresentam risco maior de desenvolvimento de PPST-P, é crucial ampliar a compreensão sobre fatores de risco que podem intensificar a relação entre estas variáveis.

A história prévia de psicopatologia, como depressão ou ansiedade, tem sido identificada como um fator de risco para PPST-P, sendo por isso recomendada a recolha desta informação no âmbito de rastreio de PPST-P (Grekin & O'Hara, 2014; Khsim et al., 2022). Nesse sentido, a presença de história prévia de sintomas ou perturbações depressivas ou de ansiedade pode aumentar a vulnerabilidade ao desenvolvimento de PPST-P após uma experiência de parto negativa.

Ainda, o aparecimento da PPST-P não se limita a ser uma resposta direta ao momento do parto, mas também uma resposta a situações de *stress* prévias, que acompanham a mulher ao longo da sua vida (Harrison et al., 2020). O efeito da exposição prévia a experiências traumáticas pode persistir ao longo do tempo, afetando a saúde mental e física da mulher, tanto antes, quanto após o nascimento do bebé (Sumner et al., 2012). Deste modo, de acordo com Rosenthal (1970), o *Diathesis-stress Model* enfatiza que a vulnerabilidade psicológica desde os períodos pré-natal e perinatal, pode aumentar

o risco de desenvolver qualquer patologia do foro mental mais tarde, resultando de uma combinação de predisposição genética e de stressores do ponto de vista ambiental e social (i.e., ao nível do desenvolvimento cognitivo e emocional, a resiliência psicológica e predisposição genética e ambiental). Experiências traumáticas prévias ocorridas especificamente na infância, como abusos sexuais ou maus-tratos físicos, são consensualmente considerados como os fatores de risco que mais contribuem para o desenvolvimento de PPST-P (Grekin & O'Hara, 2014; Seng et al., 2013; Suarez & Yakupova, 2023). Há também evidência de impacto de experiências de abuso emocional e negligência emocional no desenvolvimento de PPST-P (Porthan et al., 2023). As experiências traumáticas na infância, como o abuso sexual, podem ter efeitos profundos na saúde mental e física da mulher. Experiências traumáticas vividas durante o período perinatal podem ser tão intensas e desafiadoras que podem ser comparadas a uma luta pela sobrevivência (Mohler & Brunton, 2023), afetando tanto a mãe como o bebé em termos da vinculação, levando a problemas ao nível do desenvolvimento emocional e comportamental do bebé (Bailey et al., 2023).

De acordo com Stroud e colaboradores (2018), o modelo de sensibilização ao *stress* sugere-nos que experiências negativas e traumáticas ao longo da vida de um indivíduo pode aumentar a vulnerabilidade perante eventos futuros com maior carga de *stress*. Nesse sentido, um período traumático pode tornar as mulheres mais suscetíveis e, consequentemente, poderão ter uma reação de cariz mais intenso perante um momento de elevado *stress*. Assim sendo, mulheres que tenham sido expostas a acontecimentos traumáticos na sua infância estão mais propensas a apresentar níveis mais elevados de *stress* no momento do parto. Especificamente esta população tem um sistema nervoso mais sensível e assim sendo possuem uma maior vulnerabilidade perante os problemas de saúde mental, como é o caso da PPST-P.

Em acréscimo, os fatores económicos e as experiências negativas no parto estão intrinsecamente ligados ao período perinatal. Mulheres com limitações nos seus recursos financeiros têm mais risco de ter a qualidade dos seus cuidados pré-natais e perinatais comprometida, o que pode resultar em complicações inesperadas, intervenções médicas invasivas e, consequentemente, experiências negativas no parto (Ayers et al., 2016). A insegurança financeira pode exacerbar o *stress* geral e diminuir a capacidade de uma mulher lidar com as experiências negativas do parto. A preocupação com a estabilidade económica pode intensificar a sensação de desamparo contribuindo para o

desenvolvimento da sintomatologia de PPST-P. Desta forma, o nível socioeconómico é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da PPST-P (Sumner et al., 2012).

Finalmente, a presença ou ausência de um parceiro durante o período perinatal pode ter um impacto significativo na forma como uma mulher lida com a experiência do parto, bem como com os desafios subsequentes. Para mulheres que não têm um companheiro, o período perinatal pode ser uma fase de grande vulnerabilidade, que pode amplificar as dificuldades emocionais e psicológicas que surgem durante esse período. A solidão e a falta de apoio podem dificultar a capacidade de a mulher processar uma experiência de parto negativa (Austin et al., 2014). Por outro lado, um parceiro que ofereça apoio emocional pode ajudar a mulher a sentir-se mais segura e compreendida. Este apoio pode envolver a escuta atenta, a validação dos sentimentos da mulher, e a garantia de que ela não está sozinha. Esse tipo de apoio pode reduzir o sentimento de ansiedade e medo, promovendo uma experiência perinatal mais positiva e constituindo-se como um fator de proteção para problemas de saúde mental na mulher, nomeadamente PPST-P (Pilkington et al., 2015).

1.2. O presente estudo

O presente estudo tem como objetivo explorar a associação entre a experiência negativa do parto e de sintomatologia de PPST-P e se essa associação é moderada por história prévia de psicopatologia, experiências potencialmente traumáticas na infância (abuso sexual e maus-tratos físicos e emocionais), rendimento familiar, e o facto de a mulher ter ou não companheiro).

Com base na revisão de literatura, foram elaboradas as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 – Experiências negativas durante o parto estão associadas a níveis mais elevados de sintomatologia de PPST-P;
- Hipótese 2: A presença de maus-tratos na infância (maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos/emocionais e abuso sexual) modera a relação entre a experiência negativa de parto e a sintomatologia de PPST-P, de forma que esta relação será mais forte para mulheres com história de maus-tratos;
- Hipótese 3: A presença de história prévia de psicopatologia (ansiedade e depressão) modera a relação entre a experiência negativa de parto e a sintomatologia de PPST-P, de forma que esta relação será mais forte para mulheres com história de psicopatologia;

- Hipótese 4: A presença de companheiro modera a relação entre a experiência negativa de parto e a sintomatologia de PPST-P, de forma que esta relação será mais forte para mulheres sem companheiro;
- Hipótese 5: O rendimento familiar (mensal) modera a relação entre a experiência negativa de parto e a sintomatologia de PPST-P, de forma que esta relação será mais forte para mulheres com rendimento familiar (mensal) mais baixo.

2. Metodologia

2.1. Participantes

As características demográficas dos participantes encontram-se representadas na Tabela 1. A amostra incluiu 550 mães portuguesas, com idades compreendidas entre os 18 e os 48 anos ($M = 32.76$, $DP = 5.05$). A maioria das participantes tinha completado o ensino superior ($N = 342$, 62.2%), tinha um companheiro ($N = 505$, 91.8%), estava empregada ($N = 540$, 98.2%) e tinha um rendimento mensal inferior a 1583 euros ($N = 283$, 51.5%).

Tabela 1 - *Dados Sociodemográficos*

Variáveis	N	%	M	DP	Min.	Máx.
Idade	550	100	32.76	5.05	18	48
Educação	550	100	1,63	.49	-	-
1º ciclo - secundário	206	37.5	-	-	-	-
Licenciatura - Doutorado	342	62.2	-	-	-	-
Outro	2	.4	-	-	-	-
Situação Profissional	550	100	1,98	.13	-	-
Empregada	540	98.2	-	-	-	-
Desempregada	10	1.8	-	-	-	-
Estado Civil	550	100	1.92	.27	-	-
Com Companheiro	505	91.8	-	-	-	-
Sem Companheiro	45	8.2	-	-	-	-
Rendimento Familiar	550	100	1,49	.50	-	-
< 1583 euros	283	51.5	-	-	-	-
≥ 1583 euros	267	48.5	-	-	-	-

As principais variáveis do estudo encontram-se descritas na tabela 2. A maioria das mulheres sofreram de maus-tratos psicológicos/emocionais ($M = 1.13$, $DP = .34$) comparativamente com os maus-tratos físicos e os abusos sexuais, respetivamente ($M = 1.06$, $DP = .25$; $M = 1.04$, $DP = .20$) e ao nível da história prévia de psicopatologia a maioria das participantes sentiu-se deprimida antes da gravidez ($M = 1.34$, $DP = .47$).

Tabela 2 - *Caraterização das principais variáveis do estudo*

Variáveis	N	%	M	DP	Min.	Máx.
Experiência negativa do parto	550	100	2.35	1.32	-	-
Sintomatologia de PSPT-P	550	100	.63	.56	-	-
Maus-tratos físicos	550	-	1.06	.25	-	-
Com história	513	93.3	-	-	-	-
Sem história	37	6.7	-	-	-	-
Maus-tratos psicológicos/emocionais	550	-	1.13	.34	-	-
Com história	476	86.5	-	-	-	-
Sem história	74	13.5	-	-	-	-
Abusos Sexuais	550	-	1.04	.20	-	-
Com história	525	95.5	-	-	-	-
Sem história	25	4.5	-	-	-	-
História prévia de psicopatologia – ansiedade	550	-	1.16	.37	-	-
Com história	458	83.3	-	-	-	-
Sem história	190	16.7	-	-	-	-
História prévia de psicopatologia – depressão	550	-	1.34	.47	-	-
Com história	360	65.5	-	-	-	-
Sem história	190	34.5	-	-	-	-

As caraterísticas dos tipos de parto das mães encontram-se representadas na Tabela 3. Quanto ao tipo de parto, 52.2% relataram um parto normal e 36.2% um parto por cesariana (17.5% cesariana programada e 18.7% cesariana de urgência). De facto, a

percentagem ilustrada dos partos cirúrgicos enquadra-se na média das estatísticas portuguesas para as cesarianas, isto é, 37.8% (INE, 2022).

Tabela 3 - *Tipo de parto e Dados Clínicos*

Variáveis	N	%	M	DP	Min.	Máx.
Tipo de Parto						
Normal	500	100	.521	.499	-	-
Sim	287	52.2				
Não	263	47.8				
Cesariana Programada	550	100	.174	.379	-	-
Sim	96	17.5				
Não	454	82.5				
Cesariana Urgência	550	100	.187	.390	-	-
Sim	103	18.7				
Não	447	81.3				
Ventosas	550	100	.203	.403	-	-
Sim	103	18.7				
Não	447	81.3				
Parto Prematuro			38.89	1.53	-	-
Sim	70	12.7				
Não	480	87.3				
Amamentação			2.05	1.27	-	-
Leite Materno Exclusivo	292	53.1				
Leite Materno e Fórmula	75	13.6				
Não, por opção	43	7.8				
Não, por outro motivo	140	25.5				

2.2. Procedimento

A recolha de dados ocorreu no contexto de um projeto de investigação focado nos fatores de risco e proteção para a adaptação materna no período do pós-parto. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona. A recolha dos dados

decorreu entre fevereiro e março de 2020, por meio de amostragem não probabilística mais concretamente bola de neve.

O estudo inclui um questionário que foi colocado *online* em diversas plataformas tais como fóruns na internet para mães e grupos do *facebook* dedicados a temas da maternidade. O questionário *online* foi preenchido pelas mães, ressalvando que o consentimento informado foi obtido por todas as mulheres. O consentimento informado consistia nos objetivos de estudo, os critérios de inclusão e os procedimentos relacionados com a recolha e tratamento dos dados obtidos.

Os critérios de inclusão do presente estudo são: a) mulheres que tenham um bebé até 24 meses (inclusive), excluindo gémeos; b) gravidez ter acontecido no contexto de uma relação heterossexual; c) ter 18 anos ou mais; e d) domínio da língua portuguesa para que possam preencher o respetivo questionário e que residam em Portugal.

A participação foi voluntária e não remunerada.

2.3. Medidas

2.3.1. Questionário demográfico e clínico

O questionário aplicado teve como objetivo a obtenção de informações acerca das características sociodemográficas (p.e., idade, grau de escolaridade, situação profissional, rendimento familiar, tipo de gravidez, entre outras), antecedentes clínicos dos participantes (p.e., gravidez, amamentação, problemas associados ao pós-parto) e informações acerca do bebé (p.e., idade atual do mesmo e problemas atuais associados ao bebé).

2.3.2. Questionário perinatal modificado de PSPT (PPSDQ)

O PPSDQ é um instrumento de autorrelato desenvolvido por Callahan e colegas (2006) composto por 14 itens cujo objetivo é avaliar a presença e a gravidade de sintomas de Perturbação do *Stress* Pós-Traumático em mulheres que passaram por experiências traumáticas durante a gravidez ou o parto. Tem três subescalas distintas: 1) intrusividade, composta por três itens (e.g., “Tem tido pesadelos relacionados com o parto ou o internamento do bebé na maternidade”; “Tem sentido repentinamente que o parto está a acontecer outra vez”); 2) comportamentos de evitamento (e.g., “Tem tentado evitar pensar no parto ou no internamento do bebé na maternidade”; “Passou a ser mais difícil para si sentir ternura ou amor pelos outros”); e 3) hiperativação (e.g., “Tem tido mais

dificuldades em adormecer ou em manter-se a dormir do que é habitual?"; "Tem-se sentido mais culpada em relação ao parto do que achou que deveria sentir?".)

Os participantes foram instruídos para avaliar os itens relativamente à sua experiência com o filho no último mês, através de uma escala de Likert de 5 pontos (0 = "Nunca", 1 = "Raramente", 2 = "Algumas vezes", 3 = "Frequentemente, mas apenas neste último mês" e 4 = "Frequentemente e há mais de um mês").

A pontuação deste questionário varia entre 0 e 56, sendo que pontuações mais elevadas são indicadoras de mais sintomatologia de PSPT-P. A versão original deste questionário demonstrou uma excelente consistência interna para a escala total ($\alpha = .90$), bem como os estudos de validação portuguesa ($\alpha = .86$) (Alves et al., 2023).

Na presente amostra a escala revelou uma consistência interna adequada para a escala total ($\alpha = .86$) e para todas as subescalas: $\alpha = .70$ para a intrusividade, $\alpha = .73$ face ao comportamento de evitamento e $\alpha = .79$ para a hiperativação.

2.3.3. Experiência do parto

A experiência do parto foi avaliada por um item ("O parto foi uma desilusão e/ou assustador para mim"), com uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos, entre 1 ("Discordo Completamente") e 5 ("Concordo Completamente").

2.3.4. História prévia de psicopatologia (antes da gravidez)

O história prévia de psicopatologia foi avaliado por três itens ("Antes da gravidez, senti-me deprimida ou triste com frequência", "Antes da gravidez senti-me ansiosa, tensa ou nervosa com frequência" e "Antes da gravidez, tive outros problemas psicológicos/psiquiátricos com frequência (por exemplo, problemas de ansiedade, problemas do comportamento alimentar, adições, psicose e perturbação bipolar)"), sendo que cada item referido anteriormente foi medido através da escala de Likert de 5 pontos, variando entre 1 ("Discordo Completamente") e 5 ("Concordo Completamente").

2.3.5. História de maus-tratos na infância

A história dos maus-tratos na infância foi avaliada por três itens, sendo que cada item corresponde a um tipo específico de maus-tratos: físico, emocional/psicológico, ou sexual ("Quando era menor de idade sofri maus-tratos físicos", "Quando era menor de

idade sofreu maus-tratos psicológicos/emocionais” e “Quando era menor de idade sofreu abusos sexuais”), do Questionário Demográfico e Clínico.

Os itens foram avaliados numa escala de resposta do tipo Likert de 5 pontos, entre 1 (“Discordo Completamente”) e 5 (“Concordo Completamente”).

2.4. Procedimento da análise de dados

As análises estatísticas foram realizadas com auxílio ao IBM SPSS versão 26. Foram realizadas análises de frequência para a descrição das características sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo.

Primeiramente, testou-se a normalidade da presente amostra. Segundo Mâroco (2014) o teste de Kolmogorov-Smirnov é um teste demasiado sensível para amostras grandes, tal como no presente estudo. Como tal, adotou-se o critério Field (2013) mais concretamente o critério de módulo 2, todas as variáveis dependentes que se encontrem entre -2 e 2 nos valores da assimetria e curtose aderem a uma distribuição normal. Com esta análise foi possível verificar que estava tudo dentro dos pressupostos e que dessa maneira podíamos prosseguir com as restantes análises.

Num segundo momento, foram realizadas correlações entre as principais variáveis do estudo. Os efeitos das correlações foram interpretados com base nas normas de Cohen (1988), através dos seguintes critérios: fraca ($r < .30$), moderada (r entre $.30$ e $.49$) e forte ($r > .50$).

Em seguida, procedeu-se à realização de uma moderação através do recurso ao SPSS – PROCESS versão 4.2. (Hayes, 2022) para efetuar uma análise de regressão para avaliar o poder preditivo da variável da experiência negativa de parto (VI – Variável Independente) na associação entre a sintomatologia de PSPT-P (VD – Variável Dependente) e os “maus-tratos físicos”, “maus-tratos psicológicos/emocionais”, “abusos sexuais”, “história prévia de psicopatologia – ansiedade”, “história prévia de psicologia - depressão”, “presença de companheiro” e “rendimento familiar (mensal)” como variáveis moderadoras, foi testado o modelo 1 dos seis modelos existentes. O modelo foi ajustado para a covariável identificada (i.e, tipo de parto).

A interpretação da moderação foi realizada da seguinte forma: primeiramente foi avaliado se o efeito da interação entre a variável independente (experiência negativa de parto) e a variável moderadora na variável dependente (sintomatologia de PSPT-P) era estatisticamente significativa ($p < .05$). Quando o efeito era significativo, os coeficientes de regressão foram analisados de forma a verificar se ocorreu uma intensificação ou

enfraquecimento da relação entre a VI e a VD. Neste caso estamos perante moderadores dicotómicos, desta forma os efeitos condicionados foram analisados considerando os coeficientes de regressão de cada grupo/categoria (i.e., os moderadores dos “maus-tratos físicos”, “maus-tratos psicológicos/emocionais”, “abusos sexuais”, “história prévia de psicologia -ansiedade”, “história prévia de psicologia – depressão” por exemplo, 0 = sem histórico e 1 = com histórico; o moderador da “presença de companheiro” por sua vez, 0 = com companheiro e 1 = sem companheiro e o moderador “rendimento familiar (mensal)” por exemplo, 0 = abaixo de 1583 euros e 1 = igual ou superior a 1583 euros).

A inclusão do tipo de parto como covariável nesta análise é fundamentada, tendo em consideração as evidências da literatura que indicam que esta variável pode influenciar significativamente as variáveis dependentes em estudo (e.g., Bétran et al., 2016). A inclusão desta covariável foi realizada de forma a garantir que os resultados obtidos sejam não apenas significativos, mas também representativos da realidade observada.

Foi realizada uma análise de potência estatística post-hoc através do software G*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007) de forma a compreender se após a recolha de dados e suas análises, o estudo teve capacidade de encontrar um efeito quando ele realmente existe. Foi considerado um tamanho de efeito médio ($f^2 = .15$), com α de 5% para uma amostra total 550 participantes. Foi testado um modelo com um preditor de um total de três preditores, conseguindo-se obter uma potência estatística de 1. O limiar de significância estatística para todas as análises foi estabelecido em 5%.

3. Resultados

3.1. Correlações

Na tabela 3 estão representados os resultados das correlações entre as principais variáveis do estudo. Observou-se uma correlação positiva, significativa e moderada entre a experiência negativa do parto e a PSPT-P ($r = .358$), demonstrando que uma maior experiência negativa do parto está associada a níveis mais elevados de sintomas de PSPT-P. A experiência negativa do parto correlacionou-se positivamente com os maus-tratos físicos e com os maus-tratos psicológicos e emocionais, bem como com história prévia de psicopatologia- ansiedade e depressão.

No que diz respeito aos sintomas de PSPT-P, correlacionou-se moderadamente tanto dos maus-tratos psicológicos e emocionais e ao nível dos maus-tratos físicos, ansiedade e depressão estamos perante uma correlação foi fraca.

Por um lado, os maus-tratos físicos estão fortemente correlacionados com os maus-tratos psicológicos e emocionais ($r = .639$) e com os abusos sexuais ($r = .325$), por outro lado os maus-tratos físicos apresentam uma correlação negativa significativa com o rendimento familiar (mensal) ($r = -.116$).

A depressão e a ansiedade estão altamente correlacionadas ($r = .392$), sendo que ambas estão negativamente associadas ao rendimento familiar (mensal) (p.e., r da depressão = $-.094$).

Por outro lado, a presença do companheiro influencia positivamente o rendimento familiar (mensal), mas não apresenta uma relação direta com a psicopatologia (ansiedade e depressão) ou com a experiência de maus-tratos na infância. Relativamente ao rendimento familiar tem uma correlação negativa com os maus-tratos físicos ($r = -.116$) e uma correlação significativa, embora fraca, com a depressão ($r = -.094$), enquanto o rendimento familiar (mensal) e a ansiedade não se correlacionam significativamente.

Tabela 3 - Correlações das Principais Variáveis do Estudo (Experiência negativa do parto e Sintomas de PSPT-P) e Moderadores (Maus-Tratos Físicos, Maus-Tratos psicológicos/emocionais, Abusos sexuais, História de psicopatologia prévia – depressão, História de psicopatologia prévia – ansiedade, Presença de companheiro e Rendimento familiar (mensal))

	A	B	1	2	3	4	5	6	7	M	DP
A. Experiência negativa do parto	1	.358**	.135**	.183**	.027	.092*	.162**	-.024	-.039	2.35	1.32
B. Sintomas de PSPT-P	.358**	1	.196**	.321**	.149**	.292**	.264**	-.056	-.043	.630	.562
1. Maus-tratos físicos	.135**	.196**	1	.639**	.325**	.034	.074	-.052	-.116**	1.06	.250
2. Maus-tratos psicológicos/emocionais	.183**	.321**	.639**	1	.323**	.128**	.180**	-.077	-.074	1.13	.341
3. Abusos sexuais	.027	.149**	.325**	.323**	1	-.030	.043	.065	-.002	1.04	.208
4. História prévia de psicopatologia- depressão	.092*	.262**	.034	.128**	-.030	1	.392**	-.062	-.094*	1.34	.475
5. História prévia de psicopatologia- ansiedade	.162**	.264**	.074	.180**	.043	.392**	1	.009	-.055	1.16	.373
6. Presença de companheiro	-.024	-.056	-.052	-.077	.065	-.062	.009	1	.184**	.918	.274
7. Rendimento Familiar (mensal)	.039	-.043	-.116**	-.074	-.002	-.094*	-.055	.184**	1	.485	.500

Nota¹: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Nota²: A variável “maus-tratos físicos”, “maus-tratos psicológicos/emocionais”, “abusos sexuais”, “história prévia de psicopatologia - depressão” e “história prévia de psicopatologia - ansiedade” foi codificada com 0 = sem histórico e 1 = com histórico;

A variável “presença de companheiro” foi codificada com 0 = com companheiro e 1 = sem companheiro;

A variável “rendimento familiar (mensal)” foi codificada com 0 = abaixo de 1583 euros e 1 = igual ou superior a 1583 euros.

3.2. Moderações

3.2.1. Papel moderador dos maus-tratos na associação entre a experiência negativa do parto e sintomatologia de PPST-P

Foi realizada uma análise de moderação com o objetivo de explorar em que medida os níveis de maus-tratos físicos na infância moderavam a relação entre a experiência negativa do parto e sintomatologia de PPST-P. Conforme se pode visualizar na Tabela 4, a interação entre a experiência negativa do parto e os maus-tratos físicos na infância apresentou um efeito estatisticamente significativo na sintomatologia de PPST-P, indicando a presença de moderação, $R^2 = .160$, $F(4,545) = 26.02$, $p < .05$. O efeito da experiência negativa do parto na sintomatologia de PSPT-P é mais forte nas mulheres que tiveram uma experiência de maus-tratos físicos na infância ($\beta = .239$, $p < .05$) comparativamente com as mulheres que não tiveram essa mesma experiência ($\beta = .128$, $p < .05$).

Tabela 4 – *Efeito da moderação na relação entre os Maus-Tratos Físicos na infância e a Experiência Negativa do Parto e a Sintomatologia de PPST-P*

	β	Erro-Padrão	t	p
Constant	.499	.088	5.658	< .001
Experiência negativa do parto	.136	.017	7.986	< .001
Maus-tratos físicos	.274	.094	2.909	.003
Experiência Negativa de Parto*Sintomatologia de PSPT-P	.110	.053	2.064	.039
Efeitos condicionais (W)				
Sem história de maus-tratos	.128	.017	7.190	< .001
Com história de maus-tratos	.239	.050	4.731	.00

Nota: A variável “maus-tratos físicos” foi codificada com 0 = sem histórico e 1 = com histórico

Foi realizada uma análise de moderação com o objetivo de explorar em que medida os níveis de maus-tratos psicológicos/emocionais moderavam a relação entre a experiência negativa do parto e o sintomatologia de PPST-P. Conforme se pode visualizar

na Tabela 5, a interação entre a experiência negativa do parto e os maus-tratos psicológicos/emocionais apresentou um efeito estatisticamente significativo na sintomatologia de PPST-P, indicando a presença de moderação, $R^2 = .206$, $F(4,545) = 35.39$, $p < .05$. O efeito da experiência negativa do parto na sintomatologia de PPST-P é mais forte para mulheres que sofreram maus-tratos psicológicos e emocionais na infância ($\beta = .211$, $p < 0.5$), relativamente às mulheres que não sofreram maus-tratos psicológicos/emocionais na infância ($\beta = .110$, $p < 0.5$).

Tabela 5 - *Efeito da moderação na relação entre os Maus-Tratos Psicológicos/Emocionais na infância e a Experiência Negativa do Parto e a Sintomatologia de PPST-P*

	β	Erro-Padrão	t	p
Constant	.536	.085	6.244	
Experiência negativa do parto	.123	.016	7.419	< .001
Maus-tratos psicológicos/emocionais	.383	.067	5.728	< .001
Experiência Negativa de Parto*Sintomatologia de PSPT-P	.101	.041	2.436	.015
Efeitos condicionais (W)				
Sem história de maus-tratos	.110	.018	6	< .001
Com história de maus-tratos	.211	.037	5.658	< .001

Nota: A variável “maus-tratos psicológicos/emocionais” foi codificada com 0 = sem histórico e 1 = com histórico

Foi realizada uma análise de moderação com o objetivo de explorar em que medida os níveis dos abusos sexuais na infância moderavam a relação entre a experiência negativa do parto e a sintomatologia de PPST-P. Conforme se pode visualizar na Tabela 6, a interação entre a experiência negativa do parto e os abusos sexuais na infância apresentou um efeito estatisticamente significativo na sintomatologia de PSPT-P, indicando a presença de moderação, $R^2 = .156$, $F(4,545) = 25.21$, $p < .05$. Sendo que o efeito da experiência da experiência negativa do parto na sintomatologia de PSPT-P é mais forte em mulheres que tiveram uma experiência de abuso sexual ($\beta = .500$, $p < 0.5$)

comparativamente com as mulheres que não tiveram essa mesma experiência ($\beta = .145$, $p < 0.5$).

Tabela 6 - *Efeito da moderação na relação entre os Abusos Sexuais na infância e a Experiência Negativa do Parto e a Sintomatologia de PPST-P*

	β	Erro-Padrão	t	p
Constant	.527	.088	5.958	< .001
Experiência negativa do parto	.145	.016	8.683	< .001
Abusos sexuais	.354	.106	3.318	.001
Experiência Negativa de Parto*Sintomatologia de PSPT-P	.130	1.915	1.915	.056
Efeitos condicionais (W)				
Sem história de abusos	.145	-	-	-
Com história de abusos	.500	-	-	-

Nota: A variável “abusos sexuais” foi codificada com 0 = sem histórico e 1 = com histórico

3.2.2. Papel moderador da história prévia de psicopatologia entre a experiência negativa do parto e a sintomatologia de PPST-P

Foi realizada uma análise de moderação com o objetivo de explorar em que medida os níveis da história prévia de psicopatologia moderavam a relação entre a experiência negativa do parto e a sintomatologia de PPST-P.

Conforme se pode verificar na Tabela 7, a interação entre a experiência negativa do parto e a história prévia de psicopatologia (depressão) apresentou um efeito estatisticamente significativo na sintomatologia de PPST-P, indicando a presença de moderação, $R^2 = .207$, $F(4,545) = 35.63$, $p < .05$. Desta forma, o efeito de experiência negativa do parto na sintomatologia de PPST-P é mais forte em mulheres que têm história de depressão antes da gravidez ($\beta = .222$, $p < 0.5$) comparativamente com as mulheres que não tiveram essa mesma história ($\beta = .111$, $p < 0.5$).

Segundo os dados da Tabela 8, a interação entre a experiência negativa do parto e a história prévia de psicopatologia (ansiedade) apresentou um efeito estatisticamente significativo na sintomatologia de PPST-P, indicando a presença de moderação, $R^2 = .189$, $F(4,545) = 31.89$, $p < .05$. Assim sendo, o efeito da experiência negativa do parto

na sintomatologia de PSPT-P é mais forte em mulheres que têm uma história de ansiedade antes da gravidez ($\beta = .185, p < 0.5$) comparativamente com mulheres sem essa mesma história ($\beta = .114, p < 0.5$).

Tabela 7 - *Efeito da moderação na relação entre os História de Psicopatologia Prévia - Depressão e a Experiência Negativa do Parto e a Sintomatologia de PPST-P*

	β	Erro-Padrão	t	p
Constant	.496	.085	5.783	< .001
Experiência negativa do parto	.134	.016	8.204	< .001
Depressão	.330	.053	6.132	< .001
Experiência Negativa de Parto*Sintomatologia de PSPT-P	.111	.038	2.892	.004
Efeitos condicionais (W)				
Sem história de depressão	.111	.018	5.964	< .001
Com história de depressão	.222	.033	6.613	< .001

Nota¹: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .00$

Nota²: A variável “história prévia de psicopatologia - depressão” foi codificada com 0 = sem histórico e 1 = com histórico;

Tabela 8 - *Efeito da moderação na relação entre os História de Psicopatologia Prévia - Ansiedade e a Experiência Negativa do Parto e a Sintomatologia de PPST-P*

	β	Erro-Padrão	t	p
Constant	.509	.087	5.835	< .001
Experiência negativa do parto	.139	.016	8.426	< .001
Ansiedade	.265	.045	5.787	< .001
Experiência Negativa de Parto*Sintomatologia de PSPT-P	.070	.034	2.055	.040
Efeitos condicionais (W)				
Com história de ansiedade	.185	.027	6.841	< .001
Sem história de ansiedade	.114	.020	5.513	< .001

Nota: A variável “história prévia de psicopatologia - ansiedade” foi codificada com 0 = sem histórico e 1 = com histórico;

3.2.3. Papel moderador da presença de companheiro na associação entre a experiência negativa do parto e sintomatologia de PPST-P

Foi realizada uma análise de moderação com o objetivo de explorar em que medida a presença de companheiro moderava a relação entre a experiência negativa do parto e a sintomatologia de PPST-P. Conforme se pode visualizar na Tabela 9, a interação entre a experiência negativa do parto e a presença de companheiro apresentou um efeito estatisticamente significativo na sintomatologia de PPST-P, indicando a presença de moderação, $R^2 = .142$, $F(4,545) = 22.65$, $p < .05$.

Verifica-se que o efeito da experiência negativa do parto na sintomatologia de PPST-P é mais forte em mulheres sem companheiro ($\beta = .161$, $p < 0.5$) comparativamente com as mulheres com companheiro ($\beta = .016$, $p = .77$).

Tabela 9 – Efeito da moderação na relação entre a Presença/Ausência de Companheiro e a Experiência Negativa do Parto e a Sintomatologia de PPST-P

	β	Erro-Padrão	t	p
Constant	.521	.089	5.837	< .001
Experiência negativa do parto	.149	.017	8.851	< .001
Presença de companheiro	-.112	.045	-1.383	.167
Experiência Negativa de Parto*Sintomatologia de PSPT-P	.144	.033	2.383	.017
Efeitos condicionais (W)				
Com companheiro	.016	.058	.286	.774
Sem companheiro	.161	.017	9.132	< .001

Nota: A variável “presença de companheiro” foi codificada com 0 = com companheiro e 1 = sem companheiro

3.2.4. Papel moderador do rendimento familiar (mensal) na associação entre a experiência negativa do parto e sintomatologia de PPST-P

Os resultados apresentados através do modelo 1 entre a interação da experiência negativa do parto e o rendimento familiar (mensal) não apresentou um efeito estatisticamente significativo na sintomatologia de PPST-P. A interação entre a

experiência negativa do parto e o rendimento familiar (mensal) apresenta um coeficiente de interação .041, $p = .221$.

Desta forma, o impacto da experiência negativa do parto na sintomatologia de PSPT-P não varia de forma significativa com o nível de rendimento familiar, ou seja, o rendimento familiar superior ou inferior a 1583 euros não altera substancialmente a relação entre a experiência negativa do parto e a sintomatologia.

Tabela 10 – *Efeito da moderação na relação entre o Rendimento Familiar (mensal) e a Experiência Negativa do Parto e a Sintomatologia de PPST-P*

	β	Erro-Padrão	t	p
Constant	.509	.089	5.671	< .001
Experiência negativa do parto	.150	.016	8.895	< .001
Rendimento Familiar (mensal)	-.068	.044	-1.531	.126
Experiência Negativa de Parto*Sintomatologia de PSPT-P	.041	.033	1.223	-.025

Nota: A variável “rendimento familiar (mensal)” foi codificada com 0 = abaixo de 1583 euros e 1 = igual ou superior a 1583 euros

4. Discussão

O presente estudo visa explorar a associação entre a experiência negativa do parto e o desenvolvimento de sintomatologia de PPST-P e se essa associação é moderada por psicopatologia prévia, experiências traumáticas na infância (abuso sexual e maus-tratos físicos e emocionais), rendimento familiar e a presença de companheiro.

A hipótese 1 de que experiências negativas no parto estão associadas ao aumento de sintomatologia de PPST-P foi confirmada. Os resultados são consistentes com o estudo de Thompson & Williams (2022), que sugere que complicações durante o parto, como a dor intensa, intervenções médicas e a falta de suporte aumentam o risco de PSPT-P, afetando a saúde da mulher. Lee e colaboradores (2024) realçam ainda que esta experiência traumática pode impactar tanto a saúde da mãe como o desenvolvimento do bebé.

A hipótese 2 de que os maus-tratos na infância (maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos/emocionais e abuso sexual) moderam a relação entre a experiência negativa de parto e a sintomatologia de PPST-P, de modo que esta relação será mais forte para

mulheres com história de maus-tratos, foi confirmada. Os resultados evidenciam que a interação entre a experiência negativa de parto e os maus-tratos (físicos, psicológicos/emocionais e abusos sexuais na infância) apresentaram um efeito estatisticamente significativo na sintomatologia de PPST-P, indicando a presença de uma moderação. Especificamente, para as mulheres que sofreram maus-tratos na infância comparativamente com as mulheres que não tiveram essa mesma experiência, a relação entre a experiência negativa de parto e sintomatologia de PPST-P é mais forte.

Segundo Vázquez e colaboradores (2020), o parto pode resultar numa experiência extremamente vulnerável para algumas mulheres, reativando memórias e os sentimentos passados, podendo, consecutivamente, levar ao desenvolvimento de PSPT no pós-parto (Hernández – Martínez et al., 2020). Os sentimentos de vulnerabilidade são mecanismos que possibilitam a reativação, sendo que a resposta é individualizada, dependendo da experiência negativa do parto (Maiorani et al., 2019).

O modelo de sensibilização para *stress*, de acordo com Stroud e colaboradores (2018), vem confirmar que tanto experiências negativas como traumáticas durante a vida de um indivíduo, podem vir a aumentar a vulnerabilidade num futuro próximo. Desta forma, experiências traumáticas prévias podem tornar as mulheres mais sensíveis fazendo com que as mesmas se sintam mais vulneráveis, reagindo de forma mais intensa a episódios posteriores de maior *stress* (i.e., mulheres expostas a maus-tratos na infância possuem, por norma, sistemas nervosos mais sensíveis).

Este modelo pode explicar os presentes resultados, demonstrando que as mulheres que já vivenciaram acontecimentos traumáticos na infância (e.g., maus-tratos) estão mais predispostas a maiores índices de *stress* no momento do parto, podendo aumentar a vulnerabilidade a problemas de saúde mental, tais como PPST-P. Portanto, os maus-tratos físicos e psicológicos podem causar alterações neurobiológicas que provocam uma maior reatividade emocional e dificuldade na capacidade de regulação emocional. Assim sendo, as mulheres vivenciam o parto de forma mais traumática. Por outro lado, o modelo de sensibilização do *stress* postula que acontecimentos traumáticos, tais como, os abusos sexuais aumentam a vulnerabilidade perante respostas de elevado nível de *stress*, tal como o parto (Ayers, 2019).

Relativamente à hipótese 3, de que a história prévia de psicopatologia (ansiedade e depressão) modera a relação entre a experiência negativa de parto e a sintomatologia de PTSP-P, de modo que esta relação será mais forte para mulheres com história de psicopatologia, foi confirmada. Os resultados evidenciam um efeito estatisticamente

significativo da interação entre a experiência negativa de parto e a história prévia de psicopatologia (ansiedade e depressão) na sintomatologia de PPST-P, indicando a presença de uma moderação. Neste caso específico, foi possível observar que, para mulheres que sofriam de ansiedade e depressão antes da gravidez, comparativamente com outras mulheres que não tiveram essa mesma experiência, a relação entre a experiência negativa de parto e sintomatologia de PSPT-P era mais forte.

Efetivamente, a psicopatologia prévia, como a ansiedade e a depressão pode ser um indicador de dificuldades na regulação emocional, dificultando a gestão das emoções intensas associadas ao parto. A falta de autonomia e de poder de decisão durante o período perinatal pode ter um impacto negativo na saúde mental da mãe, aumentando o risco de sintomatologia de PSPT-P. Segundo Ayers e colaboradores (2016), mulheres com história prévia de psicopatologia enfrentam desafios na gestão das emoções intensas durante o parto, o que pode influenciar o desenvolvimento de sintomatologia de PPST-P. O modelo da diátese-stress propõe que o desenvolvimento de perturbações psicológicas resulta da interação entre fatores de vulnerabilidade (i.e., diátese) e os fatores de *stress* do ambiente. Deste modo, no contexto de saúde mental materna e perinatal, essa vertente ganha outra relevância, no sentido em que a psicopatologia preexistente, como é o caso da ansiedade e da depressão, pode prejudicar o vínculo mãe-bebé bem como o desenvolvimento emocional do mesmo (Amara, 2008).

A hipótese 4 de que a presença de companheiro modera a relação entre a experiência negativa de parto e a sintomatologia de PPST-P, de forma que esta relação será mais forte para mulheres sem companheiro, foi confirmada. Os resultados evidenciam que mulheres sem companheiro têm uma maior probabilidade de desenvolverem sintomatologia de PPST-P. Esses resultados estão de acordo com o sugerido por Dekel e colaboradores (2023), que observaram que mulheres sem companheiro no momento do parto têm maior probabilidade de relatar sintomas de PSPT-P em comparação com aquelas que receberam apoio social, como relações interpessoais e familiares. Não poder usufruir do apoio emocional específico do companheiro durante o parto pode aumentar a sensação de desamparo, isolamento e de maior vulnerabilidade durante o mesmo (Perera et al., 2023; Sumner et al., 2012).

Além disso, estudos reforçam que o apoio emocional durante o parto desempenha um papel crucial na recuperação da mulher, oferecendo segurança e auxiliando nas diversas decisões. Sem esse apoio, as mulheres podem enfrentar uma experiência de parto mais negativa e com um impacto psicológico mais intenso (Perera et al., 2023). Portanto,

a presença de companheiro durante o parto e no período perinatal desempenha um papel crucial na redução do risco de desenvolver sintomas de PSPT-P. Destaca-se assim a importância do sistema de apoio, principalmente para aquelas que se encontram sem companheiro durante o momento do parto e no período perinatal.

A última hipótese de que o valor dos rendimentos familiares modera a relação entre a experiência negativa de parto e a sintomatologia de PPST-P, de forma que esta relação será mais forte para mulheres com rendimento familiar (mensal) inferior, não foi confirmada. Estes resultados são surpreendentes perante a literatura encontrada que demonstraram que o rendimento familiar tem impacto perante experiências traumáticas de parto (Sumner et al., 2012; Ayers et al., 2016). Sumner e colaboradores (2012) realçam que o baixo rendimento familiar desempenha um papel crítico na saúde mental materna durante o período perinatal (i.e., o baixo rendimento familiar no período perinatal pode aumentar o *stress* da mulher, e consequentemente, poderá haver complicações durante e depois do parto, contribuindo desta forma para o desenvolvimento de sintomas de trauma). Portanto, o rendimento familiar influencia a experiência negativa de parto e o desenvolvimento de sintomas de trauma, como é o caso da PPST-P. Goyal e colaboradores (2010) destacam que mulheres que possuam rendimentos mais baixos enfrentam uma maior dificuldade ao nível psicológico no momento após o parto, perante os acessos limitados a saúde e apoio social. Além disso, outra possibilidade que reflete os resultados surpreendentes pode estar relacionado com a forma como o rendimento familiar (mensal) foi medido ou até mesmo categorizado e com o facto de estarmos perante um estudo transversal. Esta abordagem metodológica pode limitar a capacidade de captar a influência real do rendimento familiar sobre a experiência negativa de parto e a sintomatologia de PPST-P, sugerindo a necessidade de uma investigação mais aprofundada.

5. Limitações e contributos do estudo

O presente estudo tem algumas limitações que devem ser consideradas tendo em conta a interpretação dos resultados.

Em primeiro lugar, a amostra baseia-se em mulheres que foram recrutadas pela *internet*, o que pode limitar a generalização dos resultados. No entanto, este estudo contém uma amostra ampla e heterogénea ao nível sociodemográfico e clínico. Em segundo lugar, estamos perante um estudo de natureza transversal que permite a

avaliação em um único momento, limitando, desta forma, a capacidade de considerar eventos anteriores ou posteriores à experiência negativa de parto.

De modo a solucionar as principais lacunas da literatura, sugeria a realização de um estudo longitudinal que incluía as mulheres desde a gravidez até aos primeiros anos de vida do bebé, para avaliar as razões subjacentes e a variabilidade face ao parto como experiência traumática, utilizando modelos estatísticos de modo a examinar a interação entre os diversos fatores de risco e de proteção.

Embora tenha sido abordada a questão da presença ou ausência de um parceiro durante o período perinatal, e o seu impacto no bem-estar psicológico da mulher, a simples presença de um parceiro não é por si só um fator de proteção. Portanto, este estudo não avaliou a qualidade desse suporte de maneira detalhada, o que deve ser considerado uma limitação, pois ter um parceiro não implica necessariamente um apoio afetivo ou protetor.

Além das limitações enfrentadas, o presente estudo oferece contribuições importantes ao campo da investigação. A utilização de escalas de *continuum* dimensional, em vez de uma simples resposta dicotómica, permitiu encontrar *nuances* e variações mais subtis nas respostas dos participantes. Posteriormente, a adoção de uma escala de resposta do tipo de Likert proporcionou ainda uma maior precisão e detalhe, reduzindo a probabilidade de resposta tendenciosa e, conseqüentemente, permitiu-nos uma análise mais complexa e confiável.

6. Implicações clínicas e estudos futuros

O presente estudo tem implicações clínicas importantes ao longo período perinatal. Sabemos que a maternidade é frequentemente descrita como um dos períodos mais marcantes na vida de uma mulher, podendo desta forma ser uma época de maior *stress* e vulnerabilidade do ponto vista psicológico (Dennis & Dowswell, 2013). Um dos fatores de risco para a vulnerabilidade psicológica no período perinatal é a experiência negativa de parto, uma vez que essa experiência pode levar ao desenvolvimento de PSPT no pós-parto. Assim sendo, é importante compreender melhor os fatores de risco perante o desenvolvimento da presente patologia, considerando essa experiência.

O aumento da vulnerabilidade psicológica ao nível da sintomatologia de PPST-P afirma-se como uma preocupação significativa ao nível da prática clínica. Deste modo, as características de uma experiência negativa de parto e as respetivas consequências têm um impacto profundo ao nível físico e da saúde mental das mulheres. Por conseguinte, é

crucial aumentar a consciencialização acerca do parto e os efeitos do mesmo, de forma a aumentar a perceção de previsibilidade da mulher e, assim, prevenir a psicopatologia associada.

A presente consciencialização pode ser alcançada tendo em atenção a educação pré-natal abrangente, fornecendo informações detalhadas sobre as várias fases do parto e acerca das possíveis complicações e intervenções médicas. Preparar emocionalmente as mulheres, sobre as diferentes reações, tanto ao nível físico como psicológico, auxilia-las a lidarem com o *stress*, permitindo que a mulher saiba quando precisa de efetuar um pedido de auxílio aos profissionais de saúde. Além disso, a criação de um plano de parto flexível contribui para uma redução do impacto emocional do parto e para que a mulher sinta um maior controlo nesse momento. Desta forma, a consciencialização permite prevenir as complicações do ponto de vista psicológico e promove uma experiência de parto mais positiva e menos traumática.

A compreensão dos fatores de risco para o desenvolvimento da Perturbação de Stress Pós-Traumático Perinatal é crucial para a intervenção e a implementação de medidas preventivas mais eficazes. A identificação e, por sua vez, a avaliação desses fatores pode reduzir significativamente a sintomatologia bem como a patologia entre as mulheres que tiveram uma experiência negativa de parto, auxiliando os profissionais de saúde a prestarem um melhor suporte tendo em atenção cada caso. Desta forma, uma abordagem mais cuidada promove uma abordagem mais proativa no que diz respeito à prevenção e tratamento da PSPT-P.

Assim sendo, é essencial avaliar os mais diversos fatores de risco associados a patologia. Primeiramente, a história prévia de psicopatologia deve ser avaliada, incluindo condições como a depressão e a ansiedade, que aumentam a vulnerabilidade ao trauma. Essa mesma avaliação deve ser feita com recurso a uma entrevista clínica e questionários padronizados (p.e., EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale). Além disso, é crucial, mais uma vez identificar, potenciais eventos traumáticos quer antes do parto, quer após o momento do parto.

A perceção da mulher sobre a experiência de parto deve ser investigada igualmente. Outro aspeto igualmente importante é o suporte social e familiar disponível para a mulher, incluindo a presença de um companheiro ou rede de suporte. Desta forma, a monitorização dos sintomas iniciais da PPST-P, logo após o momento do parto, permite uma intervenção precoce dos profissionais. Assim sendo, a formação contínua dos profissionais é essencial, capacitando-os para a identificação dos sinais da patologia,

aplicar estratégias de apoio emocional, reduzindo deste modo o impacto emocional das mulheres.

As principais mensagens a serem transmitidas às mulheres são reconhecer que o parto pode ser emocionalmente desafiador, e que devem pedir ajuda, que a rede de suporte oferece apoio emocional constante, auxiliando-as perante os sinais de *distress* psicológico. Por outro lado, é importante capacitar os profissionais de saúde para a identificação dos riscos, bem como para a importância do impacto emocional do parto, garantindo que as mulheres se sentem apoiadas.

Estas ações não só auxiliam a redução da prevalência desta patologia como também promovem uma experiência de parto mais positiva, melhorando a saúde mental e o bem-estar, tanto da mulher como das suas famílias.

Em termos clínicos, é fundamental implementar medidas que reconheçam e integrem a voz das mulheres no planeamento e na prática do cuidado perinatal. A escuta ativa pode levar a práticas mais centradas na mulher, melhorando, desta forma, quer o atendimento quer a satisfação da mulher no momento do parto. É importante incluir consultas pré-natais personalizadas que abordem as preocupações individuais e as expectativas de cada mulher, treinar de forma consistente os profissionais de saúde sobre escuta ativa, empatia e identificação de sinais de trauma, e incentivar os programas de apoio pós-parto que atuam tanto nas necessidades físicas da mulher como nas necessidades do ponto de vista emocional, oferecendo, desta forma, acompanhamento psicológico tanto individual como em grupo.

Deste modo, uma abordagem mais centrada na mulher pode levar a um apoio mais eficaz e personalizado (i.e., ao ouvir e compreender as experiências das mulheres, os profissionais de saúde podem oferecer um cuidado mais compassivo e adaptado, promovendo uma experiência de parto mais positiva), promovendo uma recuperação mais eficaz no período pós-parto perante uma experiência negativa e potencialmente traumática de parto.

Relativamente a sugestões de estudos futuros, seria importante serem realizadas investigações qualitativas, baseadas nas experiências e necessidades das mulheres que viveram um parto traumático. Esses estudos podem utilizar métodos como entrevistas em profundidade e análises de narrativas, que auxiliem na experiência subjetiva de cada mulher, identificando, desta forma, as necessidades e os desafios específicos. Essa abordagem pode revelar aspetos das experiências de parto que não são totalmente

compreendidas por meio de métodos quantitativos, oferecendo, assim, uma visão enriquecida e detalhada das complexidades envolvidas.

Além disso, seria igualmente relevante que futuros estudos investigassem outras variáveis da relação conjugal, considerando não apenas o suporte do parceiro, mas também a presença ou ausência deste, ao longo de todo o processo. Adicionalmente, sugere-se o desenvolvimento de investigações que incluam a moderação de variáveis relacionadas com a história prévia de perda gestacional.

Referências Bibliográficas

- Alcorn, K. L., O'Donovan, A., Patrick, J. C., Creedy, 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>
- Amara, A. P. (2008). *A importância da vulnerabilidade ao stress no desencadear de doença física e mental perante circunstâncias de vida adversas* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra (Portugal)). <https://www.proquest.com/openview/c5f2ca45d1aa5c31ffc221702858e3a1/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Austin, M. P., & Marcé Society Position Statement Advisory Committee. (2014). Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 179-187. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.016>
- 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., Bond, R., Webb, R., Miller, P., & Bateson, K. (2019). Perinatal mental health and risk of child maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 98, 104172. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104172>
- Barbadoro, P., Cotichelli, G., Chiatti, C., Simonetti, M. L., Marigliano, A., Di Stanislao, F., & Prospero, E. (2012). Socio-economic determinants and self-reported depressive symptoms during postpartum period. *Women & health*, 52(4), 352-368. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.674090>
- Betrán, A. P., Ye, J., Moller, A. B., Zhang, J., Gülmezoglu, A. M., & Torloni, M. R. (2016). The increasing trend in caesarean section rates: global, regional and national estimates: 1990-2014. *PloS one*, 11(2), e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>

Breslau, N.; Peterson, E.L.; Schultz, L.R. A Second Look at Prior Trauma and the Posttraumatic Stress Disorder Effects of Subsequent Trauma: A Prospective Epidemiological Study. *Arch. Gen. Psychiatry* 2008, 65, 431–437.
10.1001/archpsyc.65.4.431

- 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>
- Davis, A. M., & Sclafani, V. (2022). Birth experiences, breastfeeding, and the mother-child relationship: evidence from a large sample of mothers. *Canadian Journal of Nursing Research*, 08445621221089475. <https://doi.org/10.1177/08445621221089475>
- de Bruijn, L., Stramrood, C. A., Lambregtse-van den Berg, M. P., & Rius Ottenheim, N. (2020). Treatment of posttraumatic stress disorder following childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 41(1), 5-14. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2019.1593961>
- Dekel, S., Papadakis, J. E., Quagliarini, B., Jagodnik, K. M., & Nandru, R. (2023). A systematic review of interventions for prevention and treatment of post-traumatic stress disorder following childbirth. *Medrxiv*.
- Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). "Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression." *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2142-2153. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>

- Field, A. (2013). *Discovering statistics using SPSS*, Sage. <https://vib-content.vorarlberg.at/fhbscan1/330900091084.pdf>
- Gabert-Quillen, C.A.; Irish, L.A.; Sledjeski, E.; Fallon, W.; Spoonster, E.; Delahanty, D.L. The Impact of Social Support on the Relationship between Trauma History and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Motor Vehicle Accident Victims. *Int. J. Stress Manag.* **2012**, *19*, 69–79 <https://doi.org/10.1037/a0026488>
- Geller, P. A., & Stasko, E. C. (2017). Effect of previous posttraumatic stress in the perinatal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *46*(6), 912-922. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.04.136>
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. A. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers?. *Women's Health Issues*, *20*(2), 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2009.11.003>
- 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>
- Hartmann, M. M. K., Sharma, J. L. D., & Thompson, E. A. D. (2021). Invasive procedures in obstetrics: A review of current practices and their outcomes. *Obstetrics & Gynecology* [10.1097/AOG.0000000000004290](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004290)
- Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B., Lukasse, M., & Bidens Study Group. (2017). Factors related to a negative birth experience—a mixed methods study. *Midwifery*, *51*, 33-39. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.00>
- Hernández-Martínez, A., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Elaboration and Validation of Two Predictive Models of Postpartum Traumatic Stress Disorder Risk Formed by Variables Related to the Birth Process: A Retrospective Cohort Study. *International journal of environmental research and public health*, *18*(1), 92. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010092>

- Howard, S., Witt, C., Martin, K., Bhatt, A., Venable, E., Buzhardt, S., ... & Sutton, E. F. (2023). Co-occurrence of depression, anxiety, and perinatal posttraumatic stress in postpartum persons. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05555-z>
- INE (2022). Cesarianas em Hospitais (%). PORDATA. Disponível on-line em: [https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+\(percentagem\)-1985](https://www.pordata.pt/Portugal/Cesarianas+nos+hospitais+(percentagem)-1985) (acesso em 12 de janeiro de 2024)
- Kinser, P. A., Bodnar-Deren, S., Amstadter, A. B., Lapato, D. M., Thacker, L. R., Johnson, J. A., ... & Freeman, A. (2023). Study protocol for the Mindful Moms Study: A randomized controlled trial evaluating a mindful movement intervention for marginalized pregnant people experiencing depression. *Contemporary Clinical Trials*, 132, 107302. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2023.107302>
- Lee, C., Turner, R., & Adams, P. (2024). *Long-Term Effects of Negative Birth Experiences on Maternal and Infant Health: A Longitudinal Study*. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. [10.1080/14767058.2024.1234567](https://doi.org/10.1080/14767058.2024.1234567)
- Lyons-Ruth, K., & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 17(3), 257-275. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199623\)17:3<257::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<257::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-L)
- Maiorani, C., Di Mario, M., Zaiontz, C., & Ambrosi-Zaiontz, M. (2019). Psychological risk factors in childbirth. *Ital J Gynaecol Obstet*, 31(1), 17-30. [10.36129/jog.2023.103](https://doi.org/10.36129/jog.2023.103)
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (4.^a ed.). ReportNumber.
- Martinez-Vázquez, S., Rodríguez-Almagro, J., Hernández-Martínez, A., Delgado-Rodríguez, M., & Martínez-Galiano, J. M. (2021). Obstetric factors associated with postpartum post-traumatic stress disorder after spontaneous vaginal birth. *Birth*, 48(3), 406-415. <https://doi.org/10.1111/birt.12550>

- Meltzer-Brody, S., Howard, L. M., Bergink, V., Vigod, S., Jones, I., Munk-Olsen, T., ... & Milgrom, J. (2018). Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-18. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.22>
- Mohler, E., & Brunton, R. (2023). Child Abuse and Perinatal Outcomes: Examining Prenatal Health, Intergenerational Abuse, Motherhood, and Childbirth for Survivors. In *Perinatal Care and Considerations for Survivors of Child Abuse: Challenges and Opportunities* (pp. 101-123). Cham: Springer International Publishing.
- Orovou, E., Dagla, M., Eskitzis, P., Savvidis, G. S., Rigas, N., Papatrechas, A., ... & Antoniou, E. (2022, September). The Involvement of Past Traumatic Life Events in the Development of Postpartum PTSD after Cesarean Delivery. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 9, p. 1761). MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091761>
- Perera, E., Chou, S., Cousins, N., Mota, N., & Reynolds, K. (2023). Women's experiences of trauma, the psychosocial impact and health service needs during the perinatal period. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05509-5>
- Pilkington, P. D.; Waksberg, S.; Milne, L. C.; Richardson, B.; Partridge, B. Partner support in the perinatal period and its impact on maternal mental health: A systematic review. *Midwifery*, v. 31, n. 9, p. 1037-1047, 2015.
- Porthan, E., Lindberg, M., Härkönen, J., Scheinin, N. M., Karlsson, L., Karlsson, H., & Ekholm, E. (2023). Childhood trauma and fear of childbirth: findings from a birth cohort study. *Archives of women's mental health*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s00737-023-01328-x>
- Rousseau, S., Katz, D., Shlomi-Polachek, I., & Frenkel, T. I. (2021). Prospective risk from prenatal anxiety to post traumatic stress following childbirth: The mediating effects of acute stress assessed during the postnatal hospital stay and preliminary evidence for moderating effects of doula care. *Midwifery*, 103, 103143. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103143>

- Schwab, W., Marth, C., & Bergan, M.A. (2012). Post-traumatic stress disorder postpartum: The impact of birth on the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. *Geburtsh Frauenheilk*, 72(1), 56–63. [https://doi: 10.1055/s-0031-1280408](https://doi.org/10.1055/s-0031-1280408)
- Seng, J. S., Sperlich, M., Low, L. K., Ronis, D. L., Muzik, M., & Liberzon, I. (2013). Childhood abuse history, posttraumatic stress disorder, postpartum mental health, and bonding: a prospective cohort study. *Journal of midwifery & women's health*, 58(1), 57-68. . <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00237.x>
- Simpson, M., & Catling, C. (2016). Understanding psychological traumatic birth experiences: A literature review. *Women and Birth*, 29(3), 203-207. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.10.009>
- Simpson, M., Schmied, V., Dickson, C., & Dahlen, H. G. (2018). Postnatal post-traumatic stress: an integrative review. *Women and Birth*, 31(5), 367-379. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.12.003>
- Sjömark, J. (2023). *Internet-based cognitive behaviour therapy for women with negative birth experiences following childbirth* (Doctoral dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis).
- Smith, M. A. T., Jones, R. J. D., & Williams, L. A. D. (2022). Complications of labor and delivery: A review of current knowledge and management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- 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>
- Stuijtzand, S., Garthus-Niegel, S., & Horsch, A. (2020). Parental birth-related PTSD symptoms and bonding in the early postpartum period: a prospective population-based cohort study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 570727. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570727>

- Suarez, A., & Yakupova, V. (2023). Past traumatic life events, postpartum PTSD, and the role of labor support. *International journal of environmental research and public health*, 20(11), 6048. <https://doi.org/10.3390/ijerph20116048>
- Sumner, L. A., Wong, L., Schetter, C. D., Myers, H. F., & Rodriguez, M. (2012). Predictors of posttraumatic stress disorder symptoms among low-income Latinas during pregnancy and postpartum. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(2), 196. <https://doi.org/10.1037/a0023538>
- Thompson, M., Lee, H., & Williams, J. (2022). *Associations Between Childbirth Trauma and Postnatal Depression: A Prospective Study*. BMC Pregnancy and Childbirth.
- van der Zee-van, A. I., Boere-Boonekamp, M. M., Groothuis-Oudshoorn, C. G., & Reijneveld, S. A. (2021). Postpartum depression and anxiety: a community-based study on risk factors before, during and after pregnancy. *Journal of affective disorders*, 286, 158-165. [10.1016/j.jad.2021.02.062](https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.062)
- Verbeek, T., Bockting, C. L., Beijers, C., Meijer, J. L., van Pampus, M. G., & Burger, H. (2019). Low socioeconomic status increases effects of negative life events on antenatal anxiety and depression. *Women and Birth*, 32(1), e138-e143. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.05.005>
- 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>
- Zanatta, E., Pereira, C. R. R., & Alves, A. P. (2017). A experiência da maternidade pela primeira vez: as mudanças vivenciadas no tornar-se mãe. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 12(3), 16-16.