

Transtorno do estresse pós-traumático no puerpério em uma maternidade de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro, Brasil

Postpartum posttraumatic stress disorder in a fetal high-risk maternity hospital in the city of Rio de Janeiro, Brazil

Trastorno de estrés postraumático en el puerperio de una maternidad de alto riesgo fetal en el municipio de Río de Janeiro, Brasil

Tatiana Henriques¹

Claudia Leite de Moraes^{1,2}

Michael E. Reichenheim¹

Gustavo Lobato de Azevedo³

Evandro Silva Freire Coutinho^{1,4}

Ivan Luiz de Vasconcellos Figueira⁵

Abstract

The objectives of this study were to estimate the prevalence of postpartum posttraumatic stress disorder (PTSD) in a maternity hospital for fetal high-risk pregnancies and to identify vulnerable subgroups. This was a cross-sectional study at a fetal high-risk maternity hospital in Rio de Janeiro, Brazil, with a sample of 456 women who had given birth at this hospital. The Trauma History Questionnaire and Post-Traumatic Stress Disorder Checklist were used to screen for lifetime traumatic events and PTSD symptoms, respectively. Overall prevalence of PTSD was 9.4%. Higher PTSD prevalence was associated with three or more births, a newborn with a 1-minute Apgar score of seven or less, history of mental disorder prior to or during the index pregnancy, postpartum depression, physical or psychological intimate partner violence during the pregnancy, a history of unwanted sexual experience, and lifetime exposure to five or more traumas. Rapid diagnosis and treatment of PTSD are essential to improve the mother's quality of life and the infant's health.

Post-Traumatic Stress Disorders; High Risk Pregnancy; Postpartum Period

Resumo

O objetivo deste artigo é estimar a magnitude de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) no puerpério em uma maternidade de referência para agravos perinatais e identificar subgrupos vulneráveis. Trata-se de um estudo transversal realizado em uma maternidade de alto risco fetal no Rio de Janeiro, Brasil, com 456 mulheres que realizaram o parto na instituição. O Trauma History Questionnaire e o Post-Traumatic Stress Disorder Checklist foram utilizados para captar experiências traumáticas e sintomas de TEPT, respectivamente. A prevalência geral de TEPT foi de 9,4%. O TEPT mostrou-se mais prevalente entre mulheres com três ou mais partos, que tiveram recém-nascido com Apgar no 1º minuto menor ou igual a sete, com histórico de agravo mental antes ou durante a gravidez, com depressão pós-parto, que sofreram violência física ou psicológica perpetrada por parceiro íntimo na gravidez, que tiveram experiência sexual não desejada e que foram expostas a cinco ou mais traumas. Rápido diagnóstico e tratamento são fundamentais para melhorar a qualidade de vida da mulher e a saúde do recém-nascido.

Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos; Gravidez de Alto Risco; Período Pós-Parto

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁴ Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Correspondência

T. Henriques
Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
R. São Francisco Xavier 524,
7º andar, blocos D e E, Rio de Janeiro, RJ 22275-033, Brasil.
henriques.tatiana@gmail.com

Introdução

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é um agravo mental que pode ocorrer em resposta a eventos traumáticos na vida do indivíduo. Seus sintomas são caracterizados pela seguinte tríade de dimensões psicopatológicas: (1) revivência de trauma (por exemplo, pensamentos ou memórias intrusivas, pesadelos); (2) esquiva a estímulos que relembram o evento traumático/entorpecimento emocional (por exemplo, evitar pensamentos, lugares ou situações que lembrem o evento traumático, não sentir mais afeto pela família); (3) hiperexcitabilidade (por exemplo, sobressaltar-se com facilidade, estar sempre hipervigilante) ¹. Embora o TEPT venha sendo estudado há várias décadas, o TEPT no período pós-parto tem sido investigado com maior frequência apenas nos últimos dez anos, quando diagnosticado neste período. O transtorno pode ser decorrente de duas condições distintas ². Algumas mulheres desenvolvem o quadro a partir da vivência de situações traumáticas relacionadas ao parto e/ou à saúde da criança em seus primeiros dias de vida, e complicações maternas ou neonatais seriam os principais fatores de risco neste contexto ³. Um segundo grupo de situações reúne mulheres que vivenciaram algum trauma antes ou durante a gestação, não necessariamente relacionado ao ciclo gestacional. Essas mulheres desenvolvem TEPT no puerpério a partir da revivência de traumas anteriores ou por continuação do TEPT adquirido durante a gestação ⁴. Para esses casos, os principais fatores de risco são o acúmulo de situações traumáticas ao longo da vida ⁵.

A magnitude do TEPT no período pós-parto não tem se mostrado tão inexpressiva como inicialmente se supunha. Estima-se que as prevalências variem entre 1 e 9%, com média de 3,1% entre mulheres de baixo risco. Porém, entre mulheres em subgrupos de risco, a magnitude é maior, variando entre 10 a 30%, com média em torno de 15,7% ². O único estudo brasileiro sobre o tema foi desenvolvido na cidade de Recife, Pernambuco, em 2009, por meio de entrevistas com 400 mulheres que haviam tido gestações sem complicações e que faziam o acompanhamento regular da criança no serviço de pediatria em dois hospitais públicos e um privado. Segundo os autores, a prevalência de TEPT foi de 5,3% ⁶.

Diante da relevância do tema e da insuficiência das pesquisas no Brasil e no mundo, o presente trabalho pretende ampliar o conhecimento sobre o problema em nosso meio em uma maternidade pública que é referência para gestações de alto risco fetal. A opção por uma maternidade com esse perfil se justifica justamente no intuito de se estimar a prevalência de TEPT entre mulheres com

diferentes fatores de propensão ao agravo, inclusive características clínicas maternas e perinatais. Estudos internacionais em geral são realizados em instituições voltadas para o atendimento de gestantes de baixo risco, assim como excluem mulheres que deram à luz bebês neomortos ou natimortos ³, o que pode ampliar o interesse nos resultados desta pesquisa para além do Rio de Janeiro, Brasil. Além disso, a informação sobre quais subgrupos parecem ser mais vulneráveis ao desenvolvimento de TEPT pode facilitar o rastreamento do problema entre essas mulheres pelos profissionais de saúde.

Em vista do exposto, o presente trabalho tem como principal objetivo estimar a prevalência de TEPT em uma maternidade pública de referência para gestações de alto risco fetal no Rio de Janeiro, bem como identificar subgrupos vulneráveis ao transtorno.

Métodos

Desenho e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal realizado no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz (IFF/Fiocruz), um serviço de referência para gestações de alto risco fetal no Município do Rio de Janeiro. Por ter unidade de terapia intensiva neonatal, grande parte das gestantes que dão à luz na maternidade tem história de doença hemolítica perinatal, malformação fetal, alterações no volume do líquido amniótico, crescimento uterino restrito (CIUR), doenças genéticas na gestação atual ou pregressa, ou fazem parte de grupos de risco obstétrico e/ou fetal (ser adolescente, ter mais de 35 anos de idade, ser HIV positiva, ter gestação gemelar, entre outros).

População de estudo, critérios de elegibilidade e coleta de dados

O tamanho amostral do estudo foi definido por questões operacionais. Não foi realizada uma estimativa formal do mesmo devido à falta de informações sobre a prevalência de TEPT em maternidades de alto risco fetal no Brasil no momento da realização da pesquisa. Diante desse quadro, o cálculo do tamanho amostral seria apenas especulativo. Optou-se, assim, por investigar todas as mulheres que haviam dado à luz no IFF/Fiocruz e estavam realizando suas consultas de revisão pós-parto entre o período de fevereiro a julho de 2011.

As entrevistas foram realizadas preferencialmente entre a 6ª e 8ª semanas pós-natais, antes ou depois da consulta clínica, por uma equipe

de dez pessoas, previamente treinadas. Para as pacientes faltosas foi realizada busca ativa por intermédio de contato telefônico com o objetivo de agendar nova consulta. Quando esta não era possível, a entrevista era realizada por telefone.

Variáveis e instrumentos de aferição

As informações de interesse foram obtidas utilizando-se questionário estruturado e multidimensional, que abarcava itens sobre características sociodemográficas e reprodutivas da mulher, experiências psicológicas maternas no ciclo grávido-puerperal, histórico psiquiátrico pessoal (autorreferido), características gerais do parto, situação de saúde do recém-nascido, violência entre parceiros íntimos, além de informações sobre as experiências traumáticas prévias e o instrumento de rastreamento de TEPT.

A investigação sobre a ocorrência de eventos traumáticos prévios foi realizada utilizando-se o instrumento *Trauma History Questionnaire* (THQ), previamente adaptado para uso no Brasil⁷. Esse instrumento é constituído por 26 itens que abordam situações potencialmente traumáticas. O indivíduo indica se vivenciou a situação mencionada em cada item, a intensidade do trauma (1 – nada a 5 – muito) e sua idade na ocasião de ocorrência do evento.

Utilizou-se o instrumento *Post-Traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-C), adaptado para o Brasil, para identificar os sintomas de TEPT no período pós-parto^{8,9,10}. A PCL-C é composta por 17 itens, dos quais cinco referem-se a sintomas de revivescência (critério B), sete a comportamento evitativo/entorpecimento emocional (critério C), e cinco a sintomas de hiperexcitabilidade (critério D). Além de informar a presença ou ausência do sintoma, a respondente também relatava a intensidade dos mesmos, de acordo com o quanto o sintoma a incomodava, utilizando uma escala de gravidade que variava de 1 (nada) a 5 (muito). Um sintoma foi considerado significativo quando o indivíduo pontuava 3 ou mais no item. Foram consideradas positivas na PCL-C as mulheres que tiveram pelo menos um sintoma significativo do critério B, pelo menos três do critério C e dois sintomas do critério D^{9,10}.

A PCL-C foi o instrumento escolhido para a captação de casos suspeitos de TEPT em razão deste ser baseado no DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)¹⁰, bem como por suas boas propriedades psicométricas em estudos internacionais anteriores e por já haver uma versão nacional do mesmo, alvo de processo de adaptação transcultural para uso no Brasil. Resultados de revisão recente sobre a validade de critério do instrumento apontam que quando ele

é consolidado de forma semelhante à utilizada no presente estudo (considerando o *cluster* de itens representantes dos principais sintomas de TEPT), sua sensibilidade tem variado entre 0,39-0,94, e sua especificidade entre 0,79-0,94 em populações de adultos¹¹.

Para ser considerada um caso suspeito de TEPT, a mulher deveria ter vivenciado pelo menos uma situação traumática de alta intensidade (intensidade 4 ou 5 do THQ em pelo menos um item) e ser positiva na PCL-C. A opção pelo método que exige a presença de trauma anterior é justificada por este ser mais fidedigno à definição de TEPT baseada no DSM-IV-R¹.

A investigação sobre a ocorrência de depressão pós-parto foi realizada utilizando-se o instrumento *Edinburgh Depression Scale* (EPDS)^{12,13}, previamente adaptado para o uso no Brasil. Optou-se por usar o ponto de corte 11/12 sugerido por Santos et al.¹⁴, em função das estimativas satisfatórias de sensibilidade (72%), especificidade (88%) e acurácia (83%), quando utilizado em amostra de gestantes brasileiras.

Para a detecção de situações de violência entre parceiros íntimos durante a gravidez utilizou-se o instrumento *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2), adaptado para o Brasil. Neste estudo, foram usadas apenas as subescalas de violência psicológica e violência física, referindo-se somente à violência perpetrada contra a mulher durante a gestação. Considerou-se um caso positivo de violência física e/ou psicológica as mulheres que responderam positivamente a pelo menos um item das referidas subescalas^{15,16,17}.

Análise estatística

As prevalências de TEPT foram estimadas na amostra como um todo e, em certos subgrupos populacionais, com os seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Utilizou-se o teste exato de Fischer como teste de homogeneidade das prevalências nos subgrupos populacionais, considerando-se um alfa menor ou igual a 0,05 para identificação de diferenças estatisticamente significativas. Todas as análises foram realizadas no Stata, *release 13* (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos).

Aspectos éticos

Este estudo segue as diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos ditadas pelas Resoluções nº 196/1996 e nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e em conformidade com a *Declaração de Helsinki*. Além disso, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IFF/Fiocruz

(CAAE número 0040.0.008.000-10). As mulheres cujo resultado da entrevista sugeriu diagnóstico de TEPT ou depressão pós-parto foram encaminhadas para consulta com especialista em saúde mental.

Resultados

Foram elegíveis 516 pacientes. Dessas, 456 (88,4%) foram entrevistadas, havendo, portanto, 60 perdas (11,6%). As informações foram coletadas por meio de entrevistas presenciais (95%) ou por telefone (5%). Considerando toda a população entrevistada, a prevalência de TEPT no período pós-parto foi de 9,4% (IC95%: 7,0; 12,4). As Tabelas 1, 2, 3 e 4 descrevem o perfil da amostra e indicam a prevalência de TEPT em vários subgrupos, levando-se em consideração certas características socioeconômicas, demográficas, reprodutivas e de saúde da mulher e do recém-nascido, bem como a história de diferentes tipos de traumas. Como pode ser observado, as puérperas são predominantemente jovens, de média escolaridade, vivem com companheiro e referem ter desejado engravidar (Tabela 1). Em termos da saúde dos recém-nascidos, em função do perfil da maternidade, há um grande contingente de crianças com algum agravo perinatal que indicou a internação na unidade de terapia intensiva em seus primeiros dias de vida. Também chama a atenção o percentual considerável de mulheres positivas no rastreio para depressão pós-parto (Tabela 2). Como apresentado na Tabela 3, a maioria da população estudada mostrou-se satisfeita com a atenção recebida na maternidade, apesar de boa parte ter sentido medo do momento do parto. Ainda, uma elevada parcela de mulheres referiu ter sido vítima de violência física e psicológica durante a gestação e ter tido experiências potencialmente traumáticas ao longo da vida (Tabela 4).

Passando à análise de subgrupos, não houve diferenças estatisticamente significativas entre as prevalências de TEPT nos subgrupos populacionais formados com base em variáveis socioeconômicas e relativas às características maternas na gestação atual. A única exceção diz respeito à paridade (Tabela 1), visto que mulheres com três ou mais partos tiveram uma maior prevalência de TEPT quando comparadas às mulheres com um menor número de filhos. Embora as prevalências de TEPT não tenham se mostrado maiores entre mulheres cujos recém-nascidos eram prematuros, natimortos, neomortos, malformados ou foram admitidos na UTI neonatal, o TEPT foi significativamente mais prevalente entre mães cujos filhos apresentaram índice de Apgar menor do que 7 no 1º minuto. Ainda, mulheres com algum tipo de psicopatologia anterior ou concomitante à gestação

e mulheres com suspeita de depressão pós-parto apresentaram maiores prevalências de TEPT (Tabela 2). Como indicado na Tabela 3, houve uma maior prevalência de casos suspeitos de TEPT entre mulheres que tiveram a sensação de falta de controle e medo durante o parto/cesariana e entre mulheres que vivenciaram violência (física e psicológica) entre parceiros íntimos durante a gestação. Já os resultados da Tabela 4 indicam que a prevalência também foi maior entre mulheres que vivenciaram violência comunitária, ferimentos graves (próprio ou de outras pessoas), morte de parentes e amigos, experiências sexuais não desejadas e violência perpetrada por outros familiares ou pessoas próximas ao longo da vida. Também chama a atenção o fato das mulheres que sofreram traumas durante a infância apresentarem prevalência de sintomas de TEPT maiores quando comparadas às mulheres que referenciaram traumas em outros momentos da vida. Isso é particularmente notável quando o trauma é decorrente de experiência sexual não desejada. O problema atingiu cerca de ¼ das mulheres que referiram terem sido vítimas dessa situação antes dos 12 anos, sendo a prevalência de TEPT aproximadamente duas vezes maior entre estas do que entre quem sofre a mesma experiência traumática em outros momentos da vida. Nota-se também que quanto maior o número de traumas ao longo da vida, maior é a prevalência de TEPT.

Discussão

O perfil da amostra do estudo é característico de um serviço de referência para alto risco fetal, já que muitos recém-nascidos apresentavam algum tipo de agravo perinatal. As prevalências de recém-nascidos prematuros (28,5%), com Apgar no 1º minuto menor ou igual a 7 (35,5%), com baixo peso ao nascer (27,9%) e de crianças com algum tipo de malformação congênita (29,8%) foram muito superiores às encontradas no conjunto de nascimentos ocorridos no Município do Rio de Janeiro como um todo no ano de realização da pesquisa (2011) (Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvrj.def>, acessado em 01/Set/2013). Como estudos anteriores apontam uma maior prevalência de TEPT pós-parto entre mães de recém-nascidos com algum tipo de problema perinatal, tal constatação indica que os resultados do presente trabalho só podem ser transpostos automaticamente para cenários semelhantes, ou seja, maternidades de referência.

A prevalência de TEPT da amostra como um todo foi de 9,4%. Essa estimativa é inferior à maior

Tabela 1

Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em subgrupos, de acordo com o perfil socioeconômico, histórico reprodutivo e características da gestação atual da população estudada.

	n (N = 456)	%	TEPT (%)	IC95%	Valor de p
Idade (anos)					
Menores de 20	128	28,1	9,4	4,9; 15,8	0,637
20-35	277	60,7	10,1	6,8; 14,3	
36 ou mais	51	11,2	5,9	1,2; 16,2	
Escolaridade materna					
Até o 2º grau incompleto	242	53,1	11,2	7,5; 15,8	0,180
2º grau completo ou mais	214	46,9	7,5	4,3; 11,8	
Cor					
Branca	198	43,4	8,0	7,0; 14,9	0,654
Negra	70	15,3	11,4	5,0; 21,2	
Parca/Mulata/Morena/ Cabocla	188	41,3	10,1	6,2; 15,3	
Situação conjugal					
Mesmo companheiro	391	85,7	8,9	6,3; 12,2	0,391
Outras situações	65	14,2	12,3	5,5; 22,9	
Paridade					
1 ou 2 partos	370	81,1	8,1	5,5; 11,3	0,045
3 ou mais partos	86	18,9	15,1	8,3; 24,4	
Histórico de natimorto					
Não	436	95,6	9,4	6,8; 12,5	0,929
Sim	20	4,4	10,0	1,2; 31,7	
Histórico de neomorto					
Não	433	95,0	9,0	6,5; 12,1	0,180
Sim	23	5,0	17,4	4,9; 38,8	
Desejo de engravidar					
Não	157	34,5	10,8	6,4; 16,7	0,459
Sim	299	65,5	8,7	5,7; 12,4	
Via de parto					
Vaginal	209	45,8	9,6	5,9; 14,4	0,925
Cesariana *	247	54,2	9,3	6,0; 13,6	

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Cesariana eletiva ou de emergência.

parte dos estudos internacionais realizados com populações de alto risco. Åhlund et al.¹⁸, por exemplo, estimaram uma prevalência de 17% em mães com recém-nascidos com peso inferior a 1.500g no Reino Unido, Nagata et al.¹⁹ encontraram 20% de TEPT em mulheres cujos filhos foram submetidos a cirurgias neonatais para correção de malformação no Japão, Goutaudier et al.²⁰ registraram prevalência de 30% entre mães com bebês prematuros na França e foram encontradas prevalências de TEPT de 9 e 23% entre mulheres cujos bebês ficaram internados em UTI neonatal nos Estados Unidos^{21,22,23}.

Em contraste com o que era esperado²⁴, o TEPT não se mostrou diferencialmente frequente em relação às características sociodemográficas e ao histórico reprodutivo da mulher, com exceção para o número de partos anteriores. Mulheres com o histórico de três ou mais partos tiveram uma prevalência de TEPT no período pós-parto quase duas vezes maior do que as mulheres com menor paridade. Ainda que deva ser vista com cautela em função dos amplos intervalos de confiança das estimativas, a maior prevalência em mulheres multiparas pode ser decorrente de uma tocofobia secundária a partos anteriores traumáticos. Segundo

Tabela 2

Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em subgrupos, de acordo com a saúde da mulher e do recém-nascido.

	n (N = 456)	%	TEPT (%)	IC95%	Valor de p
Idade gestacional (semanas)					
Maior ou igual a 37	326	71,5	8,6	5,8; 12,2	0,331
Menor que 37	130	28,5	11,5	2,9; 19,3	
Desfecho perinatal					
Nascido vivo	383	84,0	8,9	6,2; 12,2	0,251
Natimorto	30	6,6	6,7	0,8; 22,1	
Neomorto	43	9,4	16,3	6,8; 30,7	
Peso ao nascimento (g)					
Maior ou igual a 2.500	329	72,1	9,4	6,5; 13,1	0,893
1.500-2.499	82	18,0	8,5	3,5; 16,8	
Menor que 1.500	45	9,9	11,1	3,7; 24,0	
Apgar 1º minuto					
Menor ou igual a 7	162	35,5	13,6	8,7; 19,8	0,024
Maior que 7	294	64,5	7,1	4,5; 10,7	
CIUR					
Não	375	82,2	9,3	6,6; 12,7	0,879
Sim	81	17,8	9,9	4,4; 18,5	
Presença de malformação					
Não	320	70,2	8,1	5,3; 11,7	0,144
Sim	136	29,8	12,5	7,4; 19,2	
Internação em UTI neonatal					
Não	311	73,0	8,0	5,3; 11,6	0,068
Sim	115	27,0	13,9	8,2; 21,6	
Psicopatologia anterior à gestação					
Não	425	93,2	8,0	5,6; 11,0	< 0,001
Sim	31	6,8	29,0	14,2; 48,0	
Psicopatologia durante a gestação					
Não	426	93,4	7,5	5,2; 10,4	< 0,001
Sim	30	6,6	36,7	19,9; 56,1	
Depressão pós-parto					
Não	345	75,7	2,3	1,0; 4,5	< 0,001
Sim	111	24,3	31,5	23,0; 41,0	

CIUR: crescimento intrauterino restrito; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

alguns estudos, a ocorrência de eventos traumáticos em partos anteriores pode ser um importante fator de risco para o desenvolvimento de TEPT em gravidezes subsequentes^{25,26}.

Em relação à saúde do recém-nascido, era esperado que mães de bebês com problemas perinatais, tais como baixo peso ao nascer, CIUR, malformação, natimortos e neomortos apresentassem uma maior prevalência de TEPT em função do potencial traumático que estes eventos podem ter para a mulher^{2,3}. Entretanto, isso não ocorreu. O transtorno só foi mais prevalente entre as

crianças com Apgar no primeiro minuto menor ou igual a sete, ainda que com alguma sobreposição dos intervalos de confiança das estimativas nos subgrupos.

Alguns motivos para não ter sido encontrada uma maior prevalência de TEPT entre essas mulheres podem ser levantados. Inicialmente, é possível que parte dos casos suspeitos de TEPT neste estudo não seja incidente do período pós-parto, e sim casos crônicos ou agudizados nesse período. Dessa forma, o TEPT não estaria associado aos problemas de saúde atuais, mas a eventos

Tabela 3

Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em subgrupos, de acordo com a percepção e experiências maternas durante o ciclo grávido- puerperal.

	n (N = 456)	%	TEPT (%)	IC95%	Valor de p
Percepção materna de atenção no parto/cesariana					
Ruim	9	2,0	11,1	0,3; 48,2	
Boa/Muito boa	123	27,0	7,3	3,4; 13,4	
Excelente	324	71,0	10,2	7,1; 14,0	0,641
Sentiu-se no controle durante o parto/cesariana					
Não	52	11,4	17,3	8,2; 30,3	0,039
Sim	404	88,6	8,4	5,9; 11,6	
Medo do parto/cesariana					
Não ou um pouco	278	61,0	4,7	2,5; 7,9	< 0,001
Sim, muito	178	39,0	16,8	11,6; 23,2	
Medo do parto/cesariana durante a gestação					
Não ou um pouco	297	65,1	4,7	2,6; 7,8	< 0,001
Sim, muito	159	34,9	18,2	12,6; 25,1	
Violência física na gestação					
	444 *				
Não	350	78,8	6,3	4,0; 9,4	< 0,001
Sim	94	21,1	19,8	11,8; 28,6	
Violência psicológica na gestação					
	444 *				
Não	125	28,1	2,4	0,4; 6,8	
Sim	319	71,9	11,6	8,2; 15,6	0,002

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Número de mulheres com companheiro durante a gestação.

traumáticos anteriores. Essa hipótese é reforçada pela evidência de que mulheres que reportaram traumas na infância apresentaram uma probabilidade de TEPT cerca de duas vezes maior do que as que não referiam tal histórico. Outra possibilidade é a de que parte dos casos de TEPT que surgiram no pós-parto decorra de uma série de traumas ao longo da vida, que em um momento de estresse – como, por exemplo, o do nascimento de um filho – acaba somando e gerando o transtorno. A maior prevalência observada de TEPT entre mulheres que tiveram um maior número de traumas fortalece essa possibilidade. Há ainda a possibilidade de que o tamanho amostral do estudo não tenha sido suficiente para identificar como estatisticamente significativas as pequenas diferenças entre as prevalências de certos subgrupos.

Outro fato a ser considerado é que por se tratar de uma maternidade especializada no atendimento a gestantes de alto risco fetal, o atendimento ao longo da gestação e no parto pode envolver ações que ajam preventivamente na gênese do agravamento. Uma abordagem multiprofissional acolhedora pode fazer com que as mulheres se sintam mais assistidas e preparadas ao longo da gravidez para sustentar emocionalmente essas

situações. Dessa forma, eventualidades em relação à saúde do bebê não constituem um evento surpresa, reduzindo a probabilidade de trauma subsequente. A constatação de que apenas 2% das mulheres entrevistadas tiveram uma percepção ruim da atenção recebida pela equipe de saúde no momento do parto reforça essa reflexão.

Apesar das questões relacionadas à saúde da mulher e do recém-nascido não configurarem bons marcadores para TEPT no pós-parto, todos os fatores psicossociais abordados parecem estar relacionados com a maior prevalência de TEPT neste período. Tal achado está de acordo com os da revisão sistemática desenvolvida por Andersen et al.³ Segundo esses autores, mulheres com a saúde mental comprometida possuem maior propensão a desenvolver outros agravos mentais após o nascimento de seus filhos.

Já as percepções maternas sobre o momento do parto/cesariana se mostraram bons marcadores de risco de TEPT. Mulheres que relataram sensação de falta de controle durante o parto/cesariana (com sobreposição dos intervalos de confiança), assim como o medo do parto/cesariana durante a gestação ou na ocorrência dos mesmos, apresentaram prevalências de TEPT superiores às

Tabela 4

Prevalência de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) em subgrupos, de acordo com o relato de traumas sofridos ao longo da vida.

	n (N = 456)	%	TEPT (%)	IC95%	Valor de p
Violência comunitária					
Não	228	50,0	6,6	3,7; 10,6	0,037
Sim	228	50,0	12,9	8,3; 17,2	
Desastres naturais ou provocados pelo homem					
Não	375	82,2	8,8	6,1; 12,1	0,322
Sim	81	17,8	12,3	6,0; 21,5	
Doença grave (próprio)					
Não	415	91,0	8,7	6,1; 11,8	0,079
Sim	41	9,0	17,0	2,7; 23,1	
Exposição a cadáveres e corpos mutilados					
Não	239	52,4	8,4	5,2; 12,6	0,416
Sim	217	47,6	10,6	6,8; 15,5	
Ferimentos graves (próprio)					
Não	122	26,7	3,3	0,9; 8,2	0,007
Sim	334	73,3	11,7	8,4; 15,6	
Morte de parentes e amigos					
Não	93	20,4	2,1	0,3; 7,5	0,007
Sim	363	79,6	11,3	8,2; 15,0	
Violência perpetrada por familiar ou pessoas próximas					
Não	264	57,9	6,0	3,5; 6,9	0,004
Sim	192	42,1	14,0	9,5; 19,9	
Experiência sexual não desejada					
Não	360	79,0	7,5	5,0; 10,7	0,002
Sim, ≥ 12 anos	61	13,4	11,5	4,7; 22,2	
Sim, < 12 anos	35	7,6	25,7	12,5; 43,2	
Número de traumas ao longo da vida					
0-2	142	31,1	0,70	0,1; 3,9	< 0,001
3-4	196	43,0	11,2	7,2; 16,5	
5-7	118	25,9	17,0	10,8; 25,0	

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

que tinham uma boa expectativa e vivenciaram de forma positiva o nascimento de seus filhos. Esses achados corroboram estudos anteriores, já que há indícios de que a falta de controle e o medo do parto tornam as mulheres mais vulneráveis a encarar a experiência do nascimento como sendo traumática. Em muitos estudos, o medo do parto tem sido considerado um forte preditor para TEPT no período pós-parto^{27,28,29}.

Outro aspecto que merece debate diz respeito às maiores prevalências de TEPT em mulheres que afirmaram terem sido vítimas de violência entre parceiros íntimos durante a gestação. O estudo realizado por Cerulli et al.³⁰ também sugere que a prevalência seja maior nesse subgrupo (17,5%) do que entre as não vítimas (6,8%). Dessa forma, além de ser importante por permitir que se trabalhe em

busca da interrupção das violências, o rastreamento da violência entre parceiros íntimos ao longo da gestação permite que ações sejam deflagradas visando à prevenção do TEPT no puerpério.

Considerando as situações traumáticas ao longo da vida da mulher, percebe-se entre aquelas que referiram abuso sexual que a prevalência de TEPT foi bem maior. De fato, estudos anteriores já indicavam que essa forma grave de violência, muitas vezes cometida por pessoas próximas e de confiança das vítimas, as tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de TEPT e outros agravos mentais^{5,31,32}. No presente estudo este quadro foi repetido, já que a prevalência de TEPT também foi bem maior (16,7%) em mulheres que relataram essa experiência. A violência sexual sofrida durante a infância parece ser ainda mais grave, já que 25,7%

das mulheres com este histórico foram suspeitas de TEPT no período pós-parto. Outras pesquisas nessa temática corroboram esse resultado^{3,33,34}.

Não só o trauma decorrente de uma experiência sexual não desejada parece ter potencial para desenvolver situações de TEPT pós-parto. O relato de experiências de violência comunitária, ferimentos graves, mortes de parentes e amigos, violência perpetrada por parentes e amigos, o acúmulo de situações traumáticas e traumas ocorridos durante a infância também se mostraram relacionados à maior prevalência de TEPT, ainda que tenha ocorrido sobreposição dos intervalos de confiança em algumas destas situações. Apesar desses eventos terem sido relacionados com o desenvolvimento de TEPT em outros contextos³⁵, as relações e os caminhos entre tais situações e o TEPT no pós-parto são ainda pouco discutidos na literatura, merecendo estudos futuros.

Como discutido nas linhas anteriores, mulheres com história de eventos psicossociais negativos ocorridos antes, durante e depois da gestação apresentaram uma maior prevalência de TEPT indicando a importância destas variáveis como marcadores de risco para o transtorno. Tais evidências impõem que avaliações psicossociais da mulher e da família façam parte das consultas de rotina durante o puerpério e nos primeiros meses de vida da criança. Infelizmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e diversos pesquisadores do Brasil e do mundo, a incorporação desses aspectos na atenção oferecida pelos serviços ainda é um desafio para a maior parte dos profissionais e serviços de saúde³⁶. Tal dificuldade pode estar associada a diferentes motivações que vão desde a insuficiência da formação básica para a abordagem do tema até questões mais pragmáticas, tais como o grande número de atendimentos/turmo, pouca disponibilidade de consultas na área de saúde mental para a referência, entre outras.

Diante desse quadro, seria interessante que o tema “saúde mental” fosse abordado com mais intensidade nos currículos de graduação e educação permanente de profissionais de saúde. A utilização de abordagens que envolvam a atenção multiprofissional a toda família para além daquelas oferecidas a seus membros individualmente também seria profícua. Nesse contexto, as ações de promoção de saúde, a abordagem centrada na família e as visitas domiciliares propostas pela Estratégia Saúde da Família parecem promissoras, já que permitem o cuidado integral à mulher, considerando sua inserção familiar e social. Ademais, as equipes de saúde por dispor de mais tempo junto às famílias têm mais facilidade para criar vínculos, facilitando a percepção de que algo não vai bem. Essa aproximação também permite que assuntos mais delicados

tais como a ocorrência de problemas emocionais, as vivências de VPI durante a gravidez, as exposições às situações traumáticas ao longo da vida, uma percepção negativa com relação ao parto, dentre outros – características estas que se mostraram essenciais para o rastreamento de TEPT no presente estudo – sejam abordados.

Uma maior integração entre as equipes de saúde que prestam assistência à mulher e aquelas que acompanham a criança em seus primeiros meses de vida também poderia auxiliar a suspeição e intervenção precoces nos casos de TEPT. A oportunidade de diálogo entre esses profissionais facilitaria o compartilhamento de conhecimentos sobre a ocorrência preferencial dos transtornos em certos subgrupos populacionais, promovendo a detecção de casos durante o puerpério. Ainda, a gravidez, o período pós-parto e o acompanhamento da criança na pediatria configuram janelas de oportunidades ímpares para o rastreamento de agravos em saúde mental, dentre os quais o TEPT. Essas são fases da vida em que a mulher está bastante presente no serviço de saúde, o que faz com que todos os profissionais de saúde estejam em uma posição única para identificar o problema.

Os resultados deste estudo precisam ser interpretados à luz de seus pontos fortes e limitações. Como ponto forte, destaca-se a utilização de instrumentos de aferição validados e com adaptação transcultural para o Brasil para captação dos constructos mais complexos e de maior interesse (TEPT, depressão pós-parto, violência entre parceiros íntimos e histórico de traumas). Outro ponto importante foi a recuperação por meio de busca ativa de 23,2% de pacientes elegíveis que não haviam retornado para a consulta de puerpério, reduzindo as perdas para apenas 11,6%. Em termos das limitações do trabalho, apesar de não haver diferenças importantes com relação à maioria das características sociodemográficas, reprodutivas e da gestação índice entre as mulheres que fizeram parte da pesquisa e as que não puderam ser contactadas, não se pode descartar a possibilidade de perdas seletivas, já que é esperado que as pacientes com TEPT sejam mais resistentes a um acompanhamento rotineiro nos serviços de saúde. Assim, a perda dessas mulheres pode ter subestimado a real magnitude desse transtorno entre essas pacientes. Também configura uma limitação o fato do histórico psiquiátrico anterior e concomitante a gravidez ter sido autorreferido. Tal limitação tende a subestimar a real magnitude desses agravos. Também é importante comentar o fato de que o instrumento utilizado para a detecção dos sintomas de TEPT (PCL-C) não mencionar explicitamente a necessidade de persistência dos mesmos por um mês para a caracterização

de um caso suspeito, um dos critérios recomendados pelo DSM-IV-R. Entretanto, ao investigar o grau de incômodo/gravidade de cada um dos sintomas nos últimos trinta dias, considerando-se positivos apenas os indivíduos que respondem ter se incomodado de forma “média”, “bastante” ou “muito” com o respectivo sintoma, espera-se que o instrumento acabe por filtrar exatamente as situações crônicas, características do transtorno. Por fim, a principal limitação do estudo parece ser a impossibilidade de diferenciação entre os casos de TEPT que iniciaram no período pós-parto, daqueles preexistentes devido à falta de informação específica sobre o transtorno antes e durante a gestação. É possível que a dificuldade em identificar diferenças estatisticamente significativas entre mulheres de certos subgrupos seja decorrente dessa limitação.

Em síntese, o presente trabalho aponta que o TEPT no período pós-parto não é um problema raro em maternidades de alto risco e merece ser enfrentado devido às suas graves consequências na saúde materno infantil. Foi percebido que o transtorno é mais frequente em mulheres com histórico de problemas psicossociais, especialmente aquelas com relato de exposição à violência íntima, abuso sexual, dificuldades psicológicas com relação à gestação e ao parto e traumas anteriores. Uma abordagem que englobe essas questões, tanto no pré-natal como nos primeiros dias de vida da criança, certamente facilitará o rápido diagnóstico e tratamento, essenciais para diminuir o sofrimento psicológico e melhorar a qualidade de vida da mulher, tornando-a apta aos cuidados do recém-nascido³⁷.

Resumen

El propósito de este artículo es estimar la magnitud del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el periodo post-parto, en una maternidad de referencia para los problemas perinatales e identificar subgrupos vulnerables. Se trata de un estudio transversal, realizado en una maternidad de alto riesgo fetal de Río de Janeiro, Brasil, a con 456 mujeres que habían realizado parto en la institución. Trauma History Questionnaire y Post-Traumatic Stress Disorder Checklist se utilizaron para capturar experiencias traumáticas y síntomas de TEPT, respectivamente. La prevalencia global de TEPT fue del 9,4%. El TEPT fue más frecuente entre las mujeres con tres o más partos, que tuvieron niños con Apgar en el minuto 1 inferior o igual a siete, con un historial de lesión mental antes o durante el embarazo, con depresión posparto, que sufrieron violencia física o psicológica perpetrada por su pareja durante el embarazo, que tuvieron experiencia sexual no deseada durante la infancia y que fueron expuestas a cinco o más traumas. Diagnóstico precoz y el tratamiento son fundamental para mejora en la calidad de las mujeres de la vida y la salud del recién nacido.

Trastornos por Estrés Postraumático; Embarazo de Alto Riesgo; Periodo Posparto

Colaboradores

T. H. Leite participou na análise dos dados, interpretação dos resultados e redação do artigo. C. L. Moraes colaborou no planejamento do estudo, coleta e análise de dados, e redação do artigo final. M. E. Reichenheim contribuiu no planejamento do estudo, análise de dados e redação do artigo final. G. L. Azevedo foi coordenador do projeto de pesquisa, trabalhou na coleta e análise de dados, e redação final do artigo. E. S. F. Coutinho e I. L. V. Figueira participaram da elaboração do projeto de pesquisa, discussão dos resultados e participação na redação do artigo final.

Referências

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – TR. 4th Ed. Washington DC: American Psychiatry Association; 2000.
2. Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2014; 34:389-401.
3. Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, Lamont RE, Joergensen JS. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91:1261-72.
4. Ayers S, Joseph S, McKenzie-McHarg K, Slade P, Wijma K. Post-traumatic stress disorder following childbirth: current issues and recommendations for future research. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29:240-50.
5. Breslau N, Troost JP, Bohnert K, Luo Z. Influence of predispositions on post-traumatic stress disorder: does it vary by trauma severity? *Psychol Med* 2013; 43:381-90.
6. Zambaldi CF, Cantilino A, Sougey EB. Bio-socio-demographic factors associated with post-traumatic stress disorder in a sample of postpartum Brazilian women. *Arch Womens Ment Health* 2011; 14:435-9.
7. Fiszman A, Cabizuca M, Lanfredi C, Figueira I. The cross-cultural adaptation to Portuguese of the Trauma History Questionnaire to identify traumatic experiences. *Rev Bras Psiquiatr* 2005; 27:63-6.
8. Berger W, Mendlowicz M, Souza WF, Figueira I. Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transcurso de estresse pós-traumático. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* 2004; 26:167-75.
9. Lang AJ, Laffaye C, Satz LE, Dresselhaus TR, Stein MB. Sensitivity and specificity of the PTSD checklist in detecting PTSD in female veterans in primary care. *J Trauma Stress* 2003; 16:257-64.
10. National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Using the PTSD Checklist for DSM-IV (PCL). <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/assessment-pdf/PCL-handout.pdf> (acessado em 14/Mar/2013).
11. McDonald SD, Calhoun PS. The diagnostic accuracy of the PTSD checklist: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2010; 30:976-87.
12. Cox J, Holden J. Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). London: Royal College of Psychiatrists; 2003.
13. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150:782-6.
14. Santos M, Martins F, Pasquali L. Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 1999; 26:90-5.
15. Reichenheim ME, Klein R, Moraes CL. Assessing the physical violence component of the Revised Conflict Tactics Scales when used in heterosexual couples: an item response theory analysis. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:53-62.
16. Moraes CL, Hasselmann MH, Reichenheim ME. Adaptação transcultural para o português do instrumento "Revised Conflict Tactics Scales (CTS2)" utilizado para identificar violência entre casais. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:163-76.
17. Moraes CL, Reichenheim ME. Cross-cultural measurement equivalence of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Portuguese version used to identify violence within couples. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:783-96.
18. Åhlund S, Hill PCJ, Thalange NK. Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2-3 years post-partum. *Arch Womens Ment Health* 2009; 12:261-4.
19. Nagata S-I, Funakosib S, Amaec S, Yoshidac S, Hideo Ambod AK, Yokotaf A, et al. Posttraumatic stress disorder in mothers of children who have undergone surgery for congenital disease at a pediatric surgery department. *J. Pediatr Surg* 2008; 43:1480-6.
20. Goutaudier N, Sejourne N, Bui E, Cazenave N, Chabrol H. L'accouchement prématuré: une naissance traumatique? Symptômes de stress post-traumatique et variables associées. *Gynecol Obstet Fertil* 2014; 42:749-54.
21. Shaw RJ, Bernard RS, Deblois T, Ikuta LM, Ginzburg K, Koopman C. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics* 2009; 50:131-7.
22. Vanderbilt D, Bushley T, Young R, Frank DA. Acute posttraumatic stress symptoms among urban mothers with newborns in the neonatal intensive care unit: a preliminary study. *J Dev Behav Pediatr* 2009; 30:50-6.
23. Lefkowitz DS, Baxt C, Evans JR. Prevalence and correlates of posttraumatic stress and postpartum depression in parents of infants in the Neonatal Intensive Care Unit (NICU). *J Clin Psychol Med Settings* 2010; 17:230-7.
24. Vossbeck-Elsebusch AN, Freisfeld C, Ehring T. Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry* 2014; 14:200.
25. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79:505-10.
26. Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami OS. Post-traumatic stress disorder after childbirth in Nigerian women: prevalence and risk factors. *BJOG* 2006; 113:284-8.
27. Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, Eberhard-Gran M. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health* 2013; 16:1-10.
28. Fairbrother N, Woody SR. Fear of childbirth and obstetrical events as predictors of postnatal symptoms of depression and post-traumatic stress disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2007; 28: 239-42.
29. Elmir R, Schmied V, Wilkes L, Jackson D. Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography. *J Adv Nurs* 2010; 66:2142-53.

30. Cerulli C, Talbot NL, Tang W, Chaudron LH. Co-occurring intimate partner violence and mental health diagnoses in perinatal women. *J Womens Health (Larchmt)* 2011; 20:1797-803.
31. Andreski P, Chilcoat H, Breslau N. Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Res* 1998; 79:131-8.
32. Breslau N, Anthony JC. Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *J Abnorm Psychol* 2007; 116:607-11.
33. Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S, Hallak M. Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse Negl* 2009; 33:877-87.
34. Soet JE, Brack GA, DiIorio C. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 2003; 30:36-46.
35. Kennedy AC, Bybee D, Greeson MR. Examining cumulative victimization, community violence exposure, and stigma as contributors to PTSD symptoms among high-risk young women. *Am J Orthopsychiatry* 2014; 84:284-94.
36. World Health Organization. Intimate partner violence during pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2011.
37. Zauderer CR. PTSD after childbirth: early detection and treatment. *Nurse Pract* 2014; 39:36-41.

Recebido em 26/Fev/2015
Versão final reapresentada em 06/Jun/2015
Aprovado em 19/Jun/2015